



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 127
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2020
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Livia Angeli Silva
Diretor Administrativo:	Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Helena Rodrigues Corrêa Filho Maria Lucia Freitas Santos Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | Substitutes
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

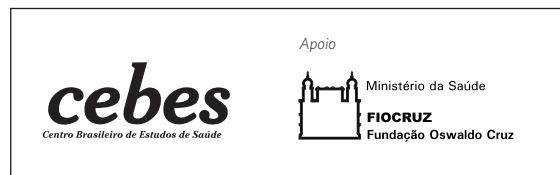
SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Deborah Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 127
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2020

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 937 **A esperança impulsiona, alimenta, move e fortalece a utopia**
Hope drives, fuels, moves and strengthens utopia

Maria Lucia Frizon Rizzotto, Ana Maria Costa, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 947 **Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos?**

Federal spending on social policies and the social determinants of health: where are we going?

Fabiola Sulpino Vieira

- 962 **Tendências da mercantilização no SUS do estado de São Paulo: análise territorial dos gastos com convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais**

Trends of commodification in the SUS of the state of São Paulo: territorial analysis of spending on agreements and management contracts with Social Organizations

Ligia Schiavon Duarte, Jair de Abreu Leme Junior, Julia Amorim Santos, Luiz Victor Felipe, Áquilas Nogueira Mendes

- 976 **A práxis desenvolvida no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em um município de São Paulo**

The praxis developed in the Municipal Health Council in a large city in the state of São Paulo

Bárbara Alves dos Santos, Fernanda Bergamini Vicentine, Luana Pinho de Mesquita Lago, Wilson Mestriner Junior

- 989 **Adaptação transcultural e validação do instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)**

Transcultural adaptation and validation of the instrument Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

Francielle Brustolin de Lima Simch, Claudia Silveira Viera, Mauricio Bedim dos Santos, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

- 1005 **Epidemiological profile of cancer patients from an area with high pesticide use**

Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de uma área com alto uso de agrotóxico

Thaís Bremm Pluth, Lucas Adalberto Geraldi Zanini, Lara Denise Endruweit Battisti, Erikson Kaszubowski

- 1018 **Uso de agrotóxicos e mortalidade por câncer em regiões de monoculturas**

Use of pesticides and cancer mortality in monoculture regions

Lidiane Silva Dutra, Aldo Pacheco Ferreira, Marco Aurélio Pereira Horta, Paulo Roberto Palhares

- 1036 **Acidente de trabalho grave: perfil epidemiológico em um município do oeste do Paraná**

Major accident at work: epidemiological profile in a western Paraná municipality

Bruna Tais Zack, Claudia Ross, Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa, Nelsi Salete Tonini

- 1053 **Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde**

Contextual aspects of co-management implementation in Basic Health Units

Giovanna Cabral Doricci, Carla Guanaes-Lorenzi

-
- 1066** **Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil**
Reproductive behavior in riverside women: health survey in an isolated community in the Middle Solimões, Amazonas, Brazil
Ivone Cabral, Wilsandrei Cella, Silvia Regina Freitas
- 1079** **A atenção à saúde dos reclusos em Maputo: é viável avaliar?**
Health care for inmates in Maputo: is it feasible to evaluate?
Cremilde Anli, Marly Marques da Cruz, Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira
- 1093** **Itinerários vividos, histórias narradas: gradientes de autonomia entre beneficiários do Programa 'De Volta para Casa'**
Lived itineraries, narrated stories: the autonomy gradients among beneficiaries of the 'Back Home Program'
Alyne Silva, Aleff Aleixo, Camilla Silva, João Duarte, Maristela Moraes
- 1105** **Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia**
Institutional violence and mental illness: narratives on people who left a Brazilian psychiatric hospital
Antonio José Costa Cardoso, Gabriela Andrade da Silva, Renê Luís Moura Antunes, Jaqueline Leu Santos, Daniela Viana da Silva, Samuel Martins de Jesus Branco, Enrique Araujo Bessoni
- 1120** **O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos**
Living in psychosocial rehabilitation: analysis between Two Residential Therapeutic Services
Júlia Souza Acebal, Guilherme Correa Barbosa, Thiago da Silva Domingos, Silvia Cristina Mangini Bocchi, Aline Tieme Uemura Paiva
- 1134** **Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil**
Evaluation of the implementation of a Psychosocial Care Center in Pernambuco, Brazil
Gilcele Marília da Silva, Eronildo Felisberto, Isabella Samico, Ana Coelho de Albuquerque
- 1151** **Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa?**
Drug abuse and care offer in the Psychosocial Care Network: what does the user think?
Milena Vitor Gama Duarte, Gabriela da Silva Barros, Barbara E. B. Cabral
- 1164** **As psicologias construídas no SUS: possibilidades e desafios profissionais no agreste pernambucano**
The psychologies built in the SUS: professional possibilities and challenges in the Agreste Pernambucano
Vanessa Alves de Souza, Érika de Sousa Mendonça
- 1176** **O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando saúde**
Psychosocial care in children's mental health field: deconstructing knowledge and reinventing health
Julie de Novaes Tavares

- 1189** **Trajatórias compartilhadas: experiências de estudantes, usuários e familiares de serviços de saúde mental em ações de ensino-aprendizagem em saúde**
Shared trajectories: experiences of students, users and family members of mental health services in teaching-learning actions in health
Maria Ines Badaró Moreira
- 1201** **Satisfação de negros e não negros assistidos por Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas**
Satisfaction of black and non-black individuals assisted at the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center
Nelma Nunes da Silva, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Mônica Silvia Rodrigues de Oliveira, Heloísa Garcia Claro, Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes, Gabriella de Andrade Boska, Ronédia Monteiro Bosque
- 1214** **A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo**
The utilitarian focusing of Primary Health Care in technocratic and disruptive bias
Alcides Silva de Miranda
- 1231** **Da fome à palatabilidade estéril: 'espessando' ou 'diluindo' o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil?**
From hunger to sterile palatability: 'thickening' or 'diluting' the Human Right to Adequate Food in Brazil?
Lúcia Dias da Silva Guerra, Aída Couto Dinucci Bezerra, Leonardo Carnut
- 1246** **O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde**
Social (dis)engagement in liquid modernity: on social participation in health
Marcela Miwa, Carla Ventura
- REVISÃO | REVIEW**
- 1255** **Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental**
Health Technology Assessment and private health insurance in Brazil: a scope review and document analysis
Raquel Lisbôa, Rosângela Caetano
- 1277** **Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura**
Permanent Health Education in Psychosocial Care Centers: integrative literature review
Mússio Pirajá Mattos, Hudson Manoel Nogueira Campos, Daiene Rosa Gomes, Lorena Ferreira, Raquel Baroni de Carvalho, Carolina Dutra Degli Esposti
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 1300** **Por uma política da convivência: movimentos instituintes na Reforma Psiquiátrica Brasileira**
For a policy of conviviality: institutional movements in the Brazilian Psychiatric Reform
Ariadna Patricia Estevez Alvarez, Neli Maria de Castro Almeida, Angela Pereira Figueiredo
- 1312** **Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa**
Permanent Health Education and psychosocial care: the experience of the Projeto Rede Sampa
Christiane Mery Costa, Claudia Regina de Moraes Abreu, Paulo Amarante, Felipe Rangel de Souza Machado

A esperança impulsiona, alimenta, move e fortalece a utopia

Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/0103-1104202012700

ESTE EDITORIAL, QUE ENCERRA AS NOSSAS ATIVIDADES DE 2020, não poderia ter outro tom que não fosse de tristeza e indignação. Aproximamo-nos de 200 mil mortes decorrentes da Covid-19, com franca elevação do número de casos e óbitos desde outubro e dramática previsão de aumento para os primeiros meses do ano vindouro em virtude das aglomerações de final de ano. O povo brasileiro segue entregue ao vírus sem que medidas adequadas e oportunas por parte do governo federal sejam adotadas para salvar vidas. O editorial¹ da revista ‘The Lancet’, de maio de 2020, alertou sobre os riscos sanitários para o País decorrentes da má condução da crise atribuída ao governo federal deixando que o vírus circulasse livremente e ganhasse o território nacional. Esse editorial, intitulado ‘So What?’, repete uma frase do presidente, que, quando interpelado sobre as mortes e a pandemia, respondeu, chocando o mundo: *E daí?*

Na mesma direção, o editorial² da revista ‘Saúde em Debate’, de junho de 2020, adverte sobre a ausência de um plano nacional de enfrentamento da pandemia, obrigando estados e municípios a agirem sem coordenação e apoio do governo federal. Propostas e estratégias racionais, fundamentadas em conhecimento científico, foram desconsideradas, sendo substituídas por discurso ideológico que promoveu o negacionismo, com repercussão negativa nas medidas de prevenção como uso de máscaras e distanciamento social, além de ‘prescrever’ e divulgar falsas ilusões terapêuticas sobre as quais ainda não se dimensionaram os malefícios no curso da pandemia e da doença.

A farta produção científica que o Brasil vem divulgando acerca da pandemia e as suas circunstâncias de enfrentamento apontam que grande parte das mortes poderia ter sido evitada se tivéssemos vontade política e adotado as medidas consequentes e eficazes. Infelizmente, esta pandemia encontrou a República do Brasil presidida por uma pessoa despreparada para o cargo, sem empatia e insensível à dor das milhares de pessoas que perderam entes queridos, amigos, colegas de trabalho e companheiros. Para além desse perfil do presidente, o conjunto de seu governo vem se aproveitando do sofrimento do povo para aplicar medidas perversas de uma política econômica que esvazia as chances de um Estado soberano e com justiça social. Ao lado disso, esse governo e suas alianças promovem a mais danosa política ambiental e a escolha de um caminho isolado nas relações internacionais, em especial neste momento de extrema necessidade e dependência de tecnologias e insumos para o controle do novo coronavírus. O governo não é só incompetente em administrar o País na pior crise sanitária de nossa história. Ele trabalha contra os interesses das e dos brasileiros, deixando mortos pelo caminho, mentindo e fazendo descaso do sofrimento e aprofundando as condições de

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. frizon@terra.com.br

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



pobreza, com uma política econômica austerificada que reduz o investimento público, considerado um modelo de política tosca, antiquada e de ineficácia comprovada em todo o mundo, mesmo entre teóricos conservadores.

O presidente que se elegeu prometendo uma nova política atua da forma mais atrasada no conluio com o ‘centrão’, à custa de poderosas transações e com o dinheiro público que ele afirma não ter para combater o vírus e estender o auxílio emergencial.

Ao encerrar o ano, destacamos o trabalho realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) neste momento tão desafiador, especialmente para as entidades da luta pela Reforma Sanitária. Em meio às diversas mobilizações e posicionamentos públicos, o Cebes se articulou com dezenas de entidades do campo da saúde para formar a Frente pela Vida, a qual, diante da visível ausência de um plano de enfrentamento da pandemia, mobilizou estudiosos de todas as disciplinas para elaborar o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19³, oferecendo-o ao governo federal e aos governos das instâncias subnacionais como contribuição das entidades da Reforma Sanitária.

No plano editorial, publicamos, além dos números regulares, diversos números especiais da revista ‘Saúde em Debate’, sendo um deles dedicado ao tema da pandemia. No campo político, o Cebes tem atuado no Congresso Nacional para garantir financiamento adequado ao Sistema Único de Saúde (SUS) combatendo a EC-95 que congelou o investimento público por 20 anos, o que significa a pá de cal no projeto do SUS-Constitucional, ou seja, universal, integral e resolutivo. Nossas preocupações se voltam agora não apenas ao agravamento da pandemia, mas também para a ausência de garantias de vacinas suficientes para imunizar a nossa população.

Nesse turbilhão de ativismo e formulação de propostas, avançamos ainda mais criando o Cebes Debate, um canal com programação sobre os temas importantes para a conjuntura e para a saúde, direcionado a todo o público, além de programas de debates internos entre os núcleos regionais ou temáticos que integram o Cebes. Toda a nossa luta esse ano converge para o combate à pandemia e para o fortalecimento do SUS, que, apesar de subfinanciado, está fazendo a diferença e salvando vidas.

Mergulhados neste caos político e administrativo de cunho genocida, não podemos deixar de celebrar a resistência, com quem contamos para sairmos dessa crise abissal. Mais que nunca, é imprescindível reafirmar e valorizar que não estamos sós nomeando e homenageando aqueles que lutam e trabalham pela vida e pelos valores da solidariedade humana.

Saudamos nossos cientistas que trabalham dia e noite para encontrar uma vacina que consiga proteger a população e interromper a transmissão do vírus;

Homenageamos nossos milhões de trabalhadores da saúde que, mesmo cansados e esgotados pelas longas jornadas e pelo estresse que sofrem cotidianamente, continuam à frente desta guerra contra o vírus, mesmo sabendo que isso pode lhes custar a vida;

Celebramos nossos pesquisadores que em suas áreas buscam estudar e compreender a realidade brasileira e oferecer soluções para nossos problemas;

Manifestamos nosso respeito aos milhares de profissionais e servidores públicos que se dedicam a atender a população nos serviços públicos – na saúde, na assistência, na educação, na previdência –, a despeito do desprezo do governo pelo seu trabalho;

Nossa admiração e solidariedade aos milhares de professores que se dedicam a fazer com que as crianças e os jovens sofram menos com o distanciamento social;

Celebramos a solidariedade entre as famílias que se unem para enfrentar o sofrimento pelas perdas e as dificuldades financeiras diante do desemprego e da falta de apoio do governo;

Renascem nossas esperanças com as associações, os movimentos sociais, os movimentos de bairro, que têm desempenhado papel crucial no apoio concreto às famílias e comunidades, na

organização da resistência aos desmandos do governo federal e de governantes ausentes no atendimento às demandas da população;

A presença da arte na humanidade é essencial, e a produção artística opera como registro subjetivo revelando os sentimentos diante da realidade. Nas palavras de Adorno⁴⁽¹⁵⁴⁾, “o conteúdo de verdade das obras de arte funde-se com o seu conteúdo crítico”, um conteúdo que não se encontra “fora da história, mas constitui a sua cristalização nas obras”.

Na diversidade das manifestações artísticas, artistas de todas as artes têm registrado os tempos de recolhimento e quarentena provocados pela pandemia em todo o mundo. Em um esforço de iluminar nossa resistência e o otimismo da vontade necessário para temperar o elevado pessimismo da razão desses tempos, trazemos poetas que representaram em verso e em prosa este momento de dor e sofrimento da humanidade, zelando também pela esperança de justiça que haveremos de conquistar.

Moraes Moreira⁵, instigante compositor de músicas e excelente letrista que perdemos no ano de 2020, publicou sua última obra, o cordel ‘Quarentena’, que além de expressar sobre o medo do vírus, critica e denuncia outras mazelas passadas e presentes do Brasil.

Eu temo o coronavirus e zelo por minha vida, mas tenho medo de tiros também de bala perdida... eu digo não ao machismo também a misoginia, tem outros que eu não aceito é o tal do preconceito e as sombras da hipocrisia...

Que as mensagens dos poetas nos contaminem e nos fortaleçam neste ano novo que certamente exigirá luta e resistência de todos e todas nós; afinal, em tempos de crises, de cólera, de ódio e de intolerância, são fundamentais coragem, ação e utopia.

Concluimos este editorial com o coração pleno de esperança de que o processo civilizatório assuma o curso da construção de um mundo melhor, citando o poema ‘Esperanza’ do cubano Alexis Valdés⁶, escrito no decorrer da pandemia.

Cuando la tormenta pase
Y se amansen los caminos
y seamos sobrevivientes
de un naufragio colectivo.

Con el corazón lloroso
y el destino bendecido
nos sentiremos dichosos
tan sólo por estar vivos.

Y le daremos un abrazo
al primer desconocido
y alabaremos la suerte
de conservar un amigo.

Y entonces recordaremos
todo aquello que perdimos
y de una vez aprenderemos
todo lo que no aprendimos.

Ya no tendremos envidia
pues todos habrán sufrido.
Ya no tendremos desidia
Seremos más compasivos.

Valdrá más lo que es de todos
Que lo jamas conseguido
Seremos más generosos
Y mucho más comprometidos

Entenderemos lo frágil
que significa estar vivos
Sudaremos empatía
por quien está y quien se ha ido.

Extrañaremos al viejo
que pedía un peso en el mercado,
que no supimos su nombre
y siempre estuvo a tu lado.

Y quizás el viejo pobre
era tu Dios disfrazado.
Nunca preguntaste el nombre
porque estabas apurado.

Y todo será un milagro
Y todo será un legado
Y se respetará la vida,
la vida que hemos ganado.

Cuando la tormenta pase
te pido Dios, apenado,
que nos devuelvas mejores,
como nos habías soñado.

Colaboradoras

Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)* e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?”. Lancet. 2020; (395):1461.
2. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde debate [internet]. 2020 [acesso em 2021 fev 17]; 44(125):289-296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200289&lng=en&nrm=iso.
3. Frente Pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 [internet]. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19-COMPLETO.pdf>.
4. Adorno TW. Teoria Estética. Lisboa: Edições 70; 1970.
5. Moreira M. Cordel Quarentena [internet]. São Paulo: Casal Mala; 2020 [acesso em 2021 fev 17]. Vídeo: 2:27 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aXSU-zkPoFU>.
6. Valdés A. “Esperanza” [internet]. Miami: Alexis Valdes Real; 2020 [acesso em 2021 fev 17]. Vídeo: 2:13 min. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=p-qgBTHqZk4&feature=emb_logo.

Hope drives, fuels, moves and strengthens utopia

Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/0103-11042020127001

THIS EDITORIAL, WHICH CLOSSES OUR 2020 ACTIVITIES, could not have a tone other than sadness and indignation. We are close to 200 thousand deaths due to Covid-19, with a marked increase in the number of cases and deaths since October and a dramatic increase forecast for the first months of the coming year due to agglomerations over the holidays. The Brazilian people remain left to their own devices and to the virus without appropriate and timely measures by the federal government being adopted to save lives. The editorial¹ of the journal ‘The Lancet’, in May 2020, warned about the health risks to the country resulting from the poor conduct of the crisis attributed to the federal government, allowing the virus to circulate freely and gain national territory. This editorial, entitled ‘So What?’, repeats a phrase uttered by the president, who, when asked about the death tolls and the pandemic, responded, shocking the world: *So what?*

In that same vein, the editorial² of the journal ‘Saúde em Debate’, of June 2020, warns of the absence of a national plan to confront the pandemic, forcing states and municipalities to act without coordination and support from the federal government. Rational proposals and strategies, based on scientific knowledge, were disregarded, being replaced by ideological discourse which promoted negationism, with negative repercussions on preventive measures such as the use of masks and social distancing, in addition to ‘prescribing’ and disseminating false therapeutic illusions about which the harm has not yet been measured in the course of the pandemic and the disease.

The abundant scientific production that Brazil has been publicizing about the pandemic and its circumstances of confrontation indicate that a large part of the deaths could have been avoided if we had the political will and adopted the consequent and effective measures. Unfortunately, this pandemic found the Republic of Brazil chaired by a person unprepared for the position, without any empathy and insensitive to the pain of the thousands of people who lost their loved ones, friends, co-workers and companions. In addition to this profile of the president, his administration as a whole has been taking advantage of the people’s suffering to apply perverse measures of an economic policy that depletes the chances of a sovereign state with social justice. Moreover, this government and its alliances promote the most damaging environmental policy and the choice of an isolated path in international relations, especially at this time of extreme need and dependence on technologies and inputs for the control of the new coronavirus. The government is not only incompetent in managing the country during the worst health crisis in our history. It actually works against the interests of Brazilians, leaving

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. frizon@terra.com.br

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

the dead behind along the way, lying and neglecting suffering and deepening the conditions of poverty, with an austeric economic policy that reduces public investment, considered a rough, outdated and ineffective policy model proven worldwide, even among conservative theorists.

The president who was elected promising 'new politics' acts in the most retrograde way in collusion with the 'big center,' at the expense of powerful transactions and the public money he says he does not have to fight the virus and extend emergency aid.

At the end of the year, we highlight the work carried out by the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) at this very challenging moment, especially for entities fighting for Health Reform. In the midst of various public mobilizations and positions, the Cebes articulated with dozens of entities in the health field to form the Frente pela Vida (Front for Life) which, in view of the visible absence of a plan to fight the pandemic, mobilized scholars from all areas of knowledge to elaborate the Covid-19 National Pandemic Confrontation Plan³, offering it to the federal government and to the governments of the subnational bodies as a contribution from the entities of the Health Reform.

In the editorial plan, we published, in addition to the regular issues, several special issues of the journal 'Saúde em Debate', one of which is dedicated to the topic of the pandemic. In the political field, the Cebes has acted in the National Congress to guarantee adequate financing for the Unified Health System (SUS), fighting the EC-95 that froze public investment for 20 years, which means the final nail in the coffin of the SUS-Constitutional project, that is: universal, comprehensive, and resolute. Our concerns now turn not only to the worsening of the pandemic, but also to the lack of sufficient vaccine guarantees to immunize our population.

In this whirlwind of activism and formulation of proposals, we have moved even further by creating the Cebes Debate, a channel with programs on topics that are important to the conjuncture and to health, aimed at the entire public, in addition to internal debate programs between regional or thematic areas that are part of the Cebes. Our entire struggle this year converges to fighting the pandemic and strengthening the SUS, which, despite being heavily underfunded, is making a difference and saving lives.

Immersed in this political and administrative chaos of a genocidal nature, we cannot fail to celebrate the resistance, with whom we count on to get out of this abyssal crisis. More than ever, it is essential to reaffirm and value that we are not alone in naming and honoring those who fight and work for life and for the values of human solidarity.

We salute our scientists who work day and night to find a vaccine that can protect the population and stop the transmission of the virus;

We pay tribute to our millions of health workers who, despite being tired and exhausted by the long hours and the stress they suffer daily, remain at the frontline of this war against the virus, even knowing it may cost them their lives;

We celebrate our researchers who in their areas seek to study and understand the Brazilian reality and offer solutions to our problems;

We express our respect for the thousands of professionals and civil servants who are dedicated to serving the population in public services – in health, in assistance, in education, in pensions –, despite the government's contempt for their work;

Our admiration and solidarity for the thousands of teachers who are dedicated to making children and young people suffer a little less from social distancing;

We celebrate the solidarity among families that come together to face suffering from losses and financial difficulties in the face of unemployment and lack of government support;

Our hopes are reborn with the associations, social movements, neighborhood movements, which have played a crucial role in the concrete support to families and communities, in the

organization of resistance to the misfortunes of the federal government and rulers who are absent in meeting the demands of the population;

The presence of art in humanity is essential, and artistic production operates as a subjective record revealing feelings in the face of reality. In the words of Adorno⁴⁽¹⁵⁴⁾, “the content of truth in works of art is merged with its critical content”, a content that is not “outside history, but constitutes its crystallization in the works”.

In the diversity of artistic manifestations, artists of all arts have been recording the times of withdrawal and quarantine caused by the pandemic worldwide. In an effort to illuminate our resistance and the optimism of the will needed to temper the high pessimism of the reason of these times, we bring poets who represented in verse and prose this moment of humanity’s pain and suffering, also caring for the hope of justice that we shall conquer.

Moraes Moreira⁵, a thought-provoking songwriter and excellent lyricist who we lost in the year 2020, published his last work, the cordel ‘Quarentena’ which, besides expressing about the fear of the virus, criticizes and denounces other past and present ailments in Brazil.

I fear coronavirus and zeal for my life, but I am afraid of stray bullets likewise... I say no to sexism and misogyny, there are others I do not accept, the so-called prejudice and the shadows of...

May the poets’ messages contaminate and strengthen us in this new year that will certainly require struggle and resistance from all of us; after all, in times of crisis, of anger, of hatred, and of intolerance, courage, action, and utopia are essential.

We conclude this editorial with a heart full of hope that the civilizing process will take the course of building a better world, quoting the poem ‘Esperanza’ by Cuban writer Alexis Valdés⁶, written during the pandemic.

Cuando la tormenta pase
Y se amansen los caminos
y seamos sobrevivientes
de un naufragio colectivo.

Con el corazón lloroso
y el destino bendecido
nos sentiremos dichosos
tan sólo por estar vivos.

Y le daremos un abrazo
al primer desconocido
y alabaremos la suerte
de conservar un amigo.

Y entonces recordaremos
todo aquello que perdimos
y de una vez aprenderemos
todo lo que no aprendimos.

Ya no tendremos envidia
pues todos habrán sufrido.

Ya no tendremos desidia
Seremos más compasivos.

Valdrá más lo que es de todos
Que lo jamas conseguido
Seremos más generosos
Y mucho más comprometidos

Entenderemos lo frágil
que significa estar vivos
Sudaremos empatía
por quien está y quien se ha ido.

Extrañaremos al viejo
que pedía un peso en el mercado,
que no supimos su nombre
y siempre estuvo a tu lado.

Y quizás el viejo pobre
era tu Dios disfrazado.
Nunca preguntaste el nombre
porque estabas apurado.

Y todo será un milagro
Y todo será un legado
Y se respetará la vida,
la vida que hemos ganado.

Cuando la tormenta pase
te pido Dios, apenado,
que nos devuelvas mejores,
como nos habías soñado.

Collaborators

Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)* and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* have equally contributed to the preparation of the manuscript.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?”. Lancet. 2020; (395):1461.
2. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde debate [internet]. 2020 [acesso em 2021 fev 17]; 44(125):289-296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200289&lng=en&nrm=iso.
3. Frente Pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 [internet]. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19-COMPLETO.pdf>.
4. Adorno TW. Teoria Estética. Lisboa: Edições 70; 1970.
5. Moreira M. Cordel Quarentena [internet]. São Paulo: Casal Mala; 2020 [acesso em 2021 fev 17]. Vídeo: 2:27 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aXSU-zkPoFU>.
6. Valdés A. “Esperanza” [internet]. Miami: Alexis Valdes Real; 2020 [acesso em 2021 fev 17]. Vídeo: 2:13 min. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=p-qgBTHqZk4&feature=emb_logo.

Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos?

Federal spending on social policies and the social determinants of health: where are we going?

Fabiola Sulpino Vieira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012701

RESUMO A garantia do mais alto nível possível de saúde à população depende de investimentos públicos em políticas sociais, uma vez que a saúde é determinada por fatores relacionados com as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham, os chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS). O objetivo deste artigo foi quantificar o gasto federal do Brasil com políticas sociais setoriais de 2010 a 2019, a fim de analisar sua trajetória recente, em uma conjuntura de crise econômica e de austeridade fiscal, e de discutir o risco de piora da situação de saúde da população. Para tanto, foram utilizados dados de execução financeira do Poder Executivo federal obtidos do Siga Brasil. Os resultados mostram redução do gasto com sete das dez políticas analisadas entre 2013 e 2019. Houve aumento de gasto para as políticas vinculadas à seguridade social, as quais se relacionam com direitos constitucionalmente inscritos, com tradição de exigibilidade de seu cumprimento via sistema de Justiça. Esses achados revelam que, a despeito do aumento de despesa para essas políticas, outras políticas importantes, que atuam sobre DSS, foram desfinanciadas, dificultando a obtenção de progressos na situação de saúde da população, ao mesmo tempo que a coloca sob risco de retrocesso.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento governamental. Determinantes Sociais da Saúde. Despesas públicas. Política pública. Nível de saúde.

ABSTRACT Ensuring the highest possible level of health for the population depends on public investments in social policies, since health is determined by factors related to the conditions in which people live and work, the so-called Social Determinants of Health (SDH). Thus, this article aims to quantify Brazil's federal spending on sectoral social policies in the last decade in order to analyze its recent trajectory in a context of economic crisis and fiscal austerity, and to discuss the risk of worsening the health status of the population. To this end, financial data as from the federal executive branch retrieved from Siga Brasil system were used. The results show a reduction in spending on seven of the ten policies analyzed between 2013 and 2019. There was an increase in spending for policies linked to social security, which are related to constitutionally registered rights, with a tradition of enforcing compliance through the justice system. These findings reveal that, despite the increase in expenditure for these policies, other important policies carried out within SDH were de-financed, making it difficult to achieve progress in the health condition of the population, while putting them at risk of setback.

KEYWORDS Financing, government. Social Determinants of Health. Public expenditures. Public policy. Health status.

¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
- Brasília (DF), Brasil.
fabiola.vieira@ipea.gov.br



Introdução

O Brasil promoveu progressos sociais relevantes desde a Constituição Federal de 1988 (CF 1988) por meio da política social, ainda que, no âmbito dessa política, os avanços tenham sido diferenciados entre as políticas setoriais¹ e tenham sido marcados por contradição. Exemplifica tal contradição, a necessidade de o Estado expandir a oferta de serviços públicos de saúde e de educação para cumprimento de direitos constitucionalmente estabelecidos, mas, ao mesmo tempo que realiza essa expansão, incentiva a oferta privada desses serviços por meio da renúncia fiscal, no caso da saúde, e do subsídio público a alunos matriculados em estabelecimentos privados de ensino superior, promovendo a lucratividade de empresários de ambos os setores².

Embora a contradição estivesse e continua presente na política social, os avanços são inegáveis e podem estar ameaçados. Desde meados da última década, o País vem passando por um período turbulento nas áreas econômica e política, com impactos potenciais para a área social, pela inviabilização de progressos e promoção de retrocessos nessa área. O Produto Interno Bruto (PIB) decresceu 3,15% em 2015 e 2,93% em 2016. Nesse período, a recessão econômica serviu de combustível para a crise política³, que se prolonga até o presente. A pretexto de resposta à crise econômica, adotaram-se drásticas medidas de austeridade fiscal, que têm como exemplo máximo, pelo menos até o momento, a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, em 2016, que congela as despesas primárias da União até 2036⁴.

Os riscos da EC 95 para a garantia do direito à saúde⁵ e à assistência social⁶ foram alertados ainda durante a sua tramitação no Congresso Nacional. Também se alertou sobre o seu potencial de causar danos à economia e às políticas públicas de forma geral⁷. Contudo, ainda assim, a emenda foi aprovada, deixando claro que o objetivo por trás da medida não era o ajuste das contas públicas, o que demandaria

sua vigência em menor prazo, mas, sim, desvincular das receitas as despesas com saúde e com educação e reduzir o tamanho do Estado^{8,9}.

Embora a EC 95 seja a medida de ajuste fiscal mais rígida adotada no Brasil e no mundo¹⁰, há a possibilidade de que ações mais radicais possam ser implementadas, agravando a situação de financiamento das políticas sociais no País. Mais recentemente, o governo federal propôs o Plano Mais Brasil, apresentado ao Congresso Nacional por senadores da base aliada na forma de três Propostas de Emenda à Constituição (PEC), com os objetivos de desvincular e desindexar despesas e desobrigar os entes da Federação de sua execução. O Plano é constituído pela PEC 186 (Emergencial), PEC 187 (dos Fundos Públicos) e PEC 188 (do Pacto Federativo)¹¹.

Essas propostas intensificam a implantação da política de austeridade fiscal em curso, menos no que se refere às receitas e mais quanto aos gastos públicos, afetando particularmente os gastos sociais. Na visão da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, são propostas inconstitucionais, incompatíveis com a CF 1988 por privilegiarem o controle da dívida pública em detrimento dos direitos e garantias fundamentais nela previstos¹². Entretanto, ainda que as PEC claramente provoquem retrocessos no campo social, poderão ser aprovadas, a exemplo do que ocorreu com a EC 95, flagrantemente inconstitucional por desfinanciar políticas que visam assegurar direitos sociais¹³.

Políticas sociais setoriais são elementos da política social e constituem programas e ações do Estado para assegurar a oferta de bens e serviços, a transferência de renda e a regulação do mercado, com os objetivos principais de proteger o cidadão ante os riscos de que seja lançado em situação de dependência e vulnerabilidade e de promover a geração de oportunidades¹⁴. São relevantes para que se garanta o mais elevado nível possível de saúde física e mental a cada indivíduo, algo reconhecido internacionalmente como um direito humano¹⁵. Isso porque a saúde das pessoas é determinada

por fatores relacionados com as condições em que vivem e trabalham, que são os chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS)¹⁶.

No Brasil, a CF 1988 estabelece que o direito à saúde será garantido por meio de políticas econômicas e sociais¹⁷, e lei federal reconhece como determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais¹⁸.

Dessa forma, considerando que a saúde da população depende não apenas de investimentos públicos para a oferta de bens e serviços de saúde, mas também de investimentos em outros setores da política social, como assistência social, educação, habitação, entre outros, o objetivo deste artigo é quantificar o gasto federal do Brasil com políticas sociais setoriais de 2010 a 2019, a fim de analisar sua trajetória recente, em uma conjuntura de crise econômica e de austeridade fiscal no País, e de discutir o risco de piora do estado de saúde da população.

Material e métodos

Os estudos sobre a execução orçamentária e financeira da administração pública fundamentam-se na teoria moderna do orçamento público, que o define como instrumento de gestão, no qual são explicitados, em termos monetários, os programas de governo¹⁹. Como no orçamento são estimadas as receitas para financiar as políticas públicas e são fixados os gastos com essas políticas, a peça orçamentária constitui uma importante fonte de informação para a análise da alocação dos recursos e, conseqüentemente, para a verificação das prioridades dos governos na implementação das políticas públicas²⁰.

Para fins de apuração do gasto federal, foram consideradas as seguintes políticas sociais setoriais: assistência social, cultura, desenvolvimento agrário, educação, habitação, previdência, saneamento, saúde, trabalho e renda, e urbanismo¹.

As despesas com cada política foram apuradas a partir das subfunções vinculadas a cada função, com alguns ajustes, por se considerar essa estrutura de classificação das despesas uma boa aproximação ao gasto com as políticas setoriais. No orçamento, a função consiste no maior nível de agregação das áreas de atuação da administração pública e, no geral, está relacionada com a missão de cada órgão. Por sua vez, a subfunção identifica a natureza básica das ações que se organizam em torno das funções²¹. A Portaria do Ministério do Planejamento nº 42, de 14 de abril de 1999, estabelece a relação de funções e subfunções vinculadas²².

A apuração do gasto foi feita pelas subfunções ao invés das funções, porque, em geral, a programação orçamentário-financeira de um órgão é classificada em uma única função, enquanto a subfunção é selecionada conforme a ação governamental. Como o que se almeja é identificar o gasto com determinada política, independentemente do órgão que executa as ações, a estrutura principal utilizada foi a das subfunções. Ainda assim, alguns ajustes tiveram que ser feitos para melhor identificação das despesas. Por exemplo, a função 12, educação, tem as seguintes subfunções vinculadas: 361 – ensino fundamental, 362 – ensino médio, 363 – ensino profissional, 364 – ensino superior, 365 – educação infantil, 366 – educação de jovens e adultos, 367 – educação especial e 368 – educação básica. Ao se considerar apenas essa estrutura de classificação das despesas, uma parte do gasto seria desconsiderada porque é registrado na função 28, encargos especiais, subfunção 847 – transferências para a educação básica, em que se registra a complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). Dessa forma, algumas adequações foram realizadas para as despesas por subfunção, considerando os programas e as ações orçamentárias. O *quadro 1* apresenta a relação das políticas sociais setoriais, as subfunções consideradas e os ajustes realizados.

Quadro 1. Relação de políticas sociais setoriais e das subfunções correspondentes consideradas para identificação do gasto federal

Política sociais setoriais	Subfunções consideradas	Observações
Assistência social	241 - Assistência ao idoso 242 - Assistência ao portador de deficiência 243 - Assistência à criança e ao adolescente 244 - Assistência comunitária 306 - Alimentação e nutrição (ações orçamentárias 2151, 2784, 8457, 8506, 8624 e 8894) 845 - Outras transferências (ações orçamentárias 0558, 0989, 8929, 8930 e 0A25)	Subfunções vinculadas à função assistência social: 241, 242, 243 e 244. Abrange despesas com o Programa Bolsa Família, com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), com serviços - socioassistenciais e com outras ações de assistência social. Na subfunção 306, inclui despesas executadas nas ações: 2784 - Promoção do Consumo de Alimentos Saudáveis e Adequados, 8457 - Apoio a Projetos de Segurança Alimentar e Nutricional para Povos e Comunidades Tradicionais, 8624 - Apoio à Implantação e Gestão do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Sisan, 8506 - Consórcios de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local, 8894 - Melhoria das Condições Socioeconômicas das Famílias e 2151 - Consolidação da Implantação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Na subfunção 845, inclui despesas nas ações: 8929 - Apoio à Instalação de Restaurantes e Cozinhas Populares, 8930 - Apoio à Implantação de Bancos de Alimentos e Mercados Públicos, 0558 - Apoio à Implantação de Bancos de Alimentos, 0A25 - Apoio à Instalação de Cozinhas Comunitárias e 0987 - Apoio à Instalação de Restaurantes Populares Públicos e de Pequenas Unidades de Produção e Comercialização de Refeições.
Cultura	391 - Patrimônio histórico, artístico e arqueológico 392 - Difusão cultural	Subfunções vinculadas à função cultura: 391 e 392. Abrange despesas para preservação do patrimônio histórico e promoção e fomento à cultura brasileira
Desenvolvimento agrário	606 - Extensão rural 306 - Alimentação e nutrição (ações orçamentárias 2798 e 8458) 846 - Outros encargos especiais (ação orçamentária 0359)	Das subfunções vinculadas à função agricultura, a subfunção 606 é que engloba despesas relacionadas com a agricultura familiar. Inclui despesas com a reforma agrária e com a promoção e fortalecimento da agricultura familiar. Na subfunção 306, inclui despesas executadas nas ações orçamentárias: 2798 - Aquisição e Distribuição de Alimentos da Agricultura Familiar e 8458 - Apoio à Agricultura Urbana. Na subfunção 846, inclui despesas com a ação 0359 - Contribuição ao Fundo Garantia-Safra (Lei nº 10.420, de 2002).
Educação	361 - Ensino fundamental 362 - Ensino médio 363 - Ensino profissional 364 - Ensino superior 365 - Educação infantil 366 - Educação de jovens e adultos 367 - Educação especial 368 - Educação básica 306 - Alimentação e nutrição (ações orçamentárias 0513, 8744 e 00PI) 846 - Outros encargos especiais (programas 1073 e 1061) 847 - Transferência para a educação básica	Subfunções vinculadas à função educação: 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367 e 368. Abrange despesas nas distintas áreas da educação: ensino infantil, fundamental, médio e superior, além de educação de jovens e adultos e do ensino profissional. Fazem parte da educação básica o ensino infantil, fundamental e médio. Inclui ainda despesas com os servidores ativos da União. Na subfunção 306, inclui despesas executadas nas ações orçamentárias: 0513 - Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica, 8744 - Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica e 00PI - Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica (PNAE). Na subfunção 846, inclui despesas com os programas: 1073 - Universidade do Século XXI e 1061 - Brasil Escolarizado. Na subfunção 847, registram-se as despesas referentes à complementação da União para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb).
Habitação*	481 - Habitação rural 482 - Habitação urbana 845 - Outras transferências (programa 2049) 846 - Outros encargos especiais (programa 2049 de 2012 a 2019 e as ações orçamentárias 00CW, 00CX, OE64, 00AF, 00CY, 0465 e 0467 entre 2010 e 2011)	Subfunções vinculadas à função habitação: 481 e 482. Abrange despesas com moradias dignas e com habitação de interesse social. Não houve registro de despesas na subfunção 481 no período analisado. Na subfunção 846, registram-se as despesas com Programa Minha Casa Minha Vida e com outras iniciativas voltadas à melhoria das condições de habitação. Inclui o programa 2049 - Moradia Digna e as seguintes ações orçamentárias: 00CW - Subvenção Econômica Destinada à Implementação de Projetos de Interesse Social em Áreas Urbanas, 00CX - Subvenção Econômica Destinada à Implementação de Projetos de Interesse Social em Áreas Rurais, OE64 - Subvenção Econômica Destinada à Habitação de Interesse Social em Cidades com Menos de 50.000 habitantes, 00CY - Transferências ao Fundo de Desenvolvimento Social - FDS, 00AF - Integralização de Cotas ao Fundo de Arrendamento Residencial, 0465 - Cobertura do Deficit do Seguro Habitacional) e 0467 - Cobertura de Sinistros do Seguro de Crédito Fundhab.

Quadro 1. (cont.)

Políticas sociais		
setoriais	Subfunções consideradas	Observações
Previdência	271 – Previdência básica 272 – Previdência do regime estatutário 273 – Previdência complementar 274 – Previdência Especial	Subfunções vinculadas à função previdência: 271, 272, 273 e 274. Abrange despesas com aposentadorias civis e militares no âmbito do Poder Executivo, benefícios previdenciários e despesas para manutenção das unidades do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).
Saneamento	511 – Saneamento básico rural 512 – Saneamento básico urbano 846 – Outros encargos especiais (programa 0122)	Subfunções vinculadas à função saneamento: 511 e 512. Inclui despesas com tecnologias sociais para acesso à água para consumo humano e com saneamento básico. Na subfunção 846, inclui despesas com o programa 0122 – Saneamento Ambiental Urbano.
Saúde	122 – Administração geral (ação orçamentária 4525) 301 – Atenção básica 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial 303 – Suporte profilático e terapêutico 304 – Vigilância sanitária 305 – Vigilância epidemiológica 306 – Alimentação e nutrição (ações orçamentárias 0806, 4294, 8519, 8735 e 20QH) 423 – Assistência aos povos indígenas (ações orçamentárias 6501, 8743 e 20YP) 845 – Outras transferências (programas 1303 e 1311) 846 – Outros encargos especiais (programas 1303, 1214, 1216, 1187, 1311, 1220 e 1300)	Subfunções vinculadas à função saúde: 301, 302, 303, 304, 305 e 306. A maior parcela das despesas é destinada ao Sistema Único de Saúde. Inclui gastos com assistência médica dos servidores civis e militares. Na subfunção 306, inclui despesas executadas nas ações: 0806 – Apoio a Estudos e Pesquisas sobre Alimentação e Nutrição, com Enfoque na Recuperação Nutricional e Alimentação Saudável, 4294 – Prevenção e Controle das Carências Nutricionais por Micronutrientes, 8519 – Monitoramento da Situação Nutricional da População Brasileira, 8735 – Alimentação e Nutrição para a Saúde e 20QH – Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde. Houve registro de despesas na ação orçamentária 4525 – Manutenção de Unidades de Saúde na subfunção 122. Essas despesas foram financiadas com recursos alocados por emendas parlamentares. Na subfunção 423, inclui despesas nas ações: 6501 – Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 8743 e 20YP – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena. Na subfunção 845, inclui despesas com os programas 1303 e 1311. Na subfunção 846, inclui despesas com os programas: 1303 – Atenção à Saúde da População em Situações de Urgências, Violências e Outras Causas Externas, 1214 – Atenção Básica à Saúde, 1216 – Atenção Especializada em Saúde, 1187 – Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses, 1311 – Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde; 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e 1300 – Investimento para Humanização do Acesso à Atenção à Saúde.
Trabalho e renda	331 – Proteção e benefícios 332 – Relações de trabalho 333 – Empregabilidade 334 – Fomento ao trabalho 846 – Outros encargos especiais (programas 2071 e 8034)	Subfunções vinculadas à função trabalho: 331, 332, 333 e 334. Inclui despesas com seguro-desemprego, com o abono salarial, com o financiamento de programas de desenvolvimento econômico a cargo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), com benefícios aos servidores federais e outras ações e serviços voltados à capacitação profissional e à geração de emprego. Na subfunção 846, inclui despesas com os programas 8034 – Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem e 2071 – Trabalho, Emprego e Renda.
Urbanismo*	451 – Infraestrutura urbana 452 – Serviços urbanos	Subfunções vinculadas à função urbanismo: 451, 452 e 453. Abrange despesas com gestão de risco e de desastres, com planejamento urbano e com mobilidade urbana e trânsito.

Fontes: Elaboração própria.

a) Ipea¹ para a identificação das políticas sociais setoriais;

b) Brasil²² para as subfunções.

*Ipea¹ trata como política social setorial 'habitação e urbanismo' de forma conjunta. Neste artigo, optou-se por separar as duas políticas para possibilitar o acompanhamento dos gastos com habitação, dada a sua importância.

Os dados de execução financeira do Poder Executivo federal foram obtidos do sistema Siga Brasil²³, mantido pelo Senado Federal, para o período de 2010 a 2019. Esse período foi escolhido porque dez anos constituem médio prazo no horizonte de implementação das políticas públicas, abrangem mais de um governo e porque houve importante recessão econômica em alguns anos, com impactos sob a arrecadação de tributos. As variáveis de execução da despesa utilizadas foram função, subfunção, programa, ação e Grupo de Natureza de Despesa (GND), e os valores de execução coletados foram despesa paga e restos a pagar pagos em cada exercício financeiro. A soma desses valores foi considerada na análise da evolução do gasto. O regime de pagamento é o utilizado para apuração das despesas primárias estabelecido pela EC 95.

As despesas foram apresentadas em valores correntes, para facilitar a comparação dos

resultados aos de estudos futuros, e a preços de 2019, para análise da evolução do gasto na última década. Os valores foram deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Resultado e discussão

Os gastos com as políticas sociais setoriais são apresentados na *tabela 1*, a valores correntes, e na *tabela 2*, a preços de 2019. Ao se comparar as despesas executadas em 2010 e 2019 (*tabela 2*), observa-se que o montante alocado em 2019 foi maior para as despesas com assistência social, educação, habitação, previdência, saúde, trabalho e renda. Contudo, decresceu para as políticas de cultura, desenvolvimento agrário, saneamento e urbanismo.

Tabela 1. Gasto federal com políticas sociais setoriais (2010 - 2019)

Políticas sociais setoriais	Em R\$ bilhões de 2019									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Assistência social	38,54	44,49	53,69	63,09	68,54	71,76	80,86	85,31	87,82	96,72
Cultura	0,76	0,51	0,73	0,47	0,55	0,54	0,59	0,44	0,54	0,46
Desenvolvimento agrário	1,24	0,90	0,96	0,81	1,01	1,11	1,06	0,84	0,52	0,51
Educação	37,02	42,72	53,51	59,47	69,33	68,58	72,15	71,01	70,88	74,15
Habitação	0,80	7,63	2,60	13,21	17,31	20,77	8,04	3,66	4,62	4,70
Previdência	312,52	344,24	382,18	427,89	469,32	517,65	584,65	629,02	637,18	699,21
Saneamento	2,58	2,51	3,68	2,79	3,09	2,03	3,21	2,18	1,83	1,83
Saúde	57,02	63,63	71,42	77,11	87,49	95,37	105,56	107,02	118,80	125,95
Trabalho e renda	42,04	48,70	55,64	63,35	75,60	71,09	80,30	80,09	80,47	83,40
Urbanismo	3,24	2,95	2,69	2,15	2,06	2,68	3,55	2,64	2,24	2,93
Total	495,76	558,28	627,11	710,33	794,29	851,58	939,96	982,22	1.004,90	1.089,86

Fonte: Siga Brasil²³. Soma das despesas do exercício pagas e dos restos a pagar pagos no exercício.

Tabela 2. Gasto federal com políticas sociais setoriais (2010 - 2019)

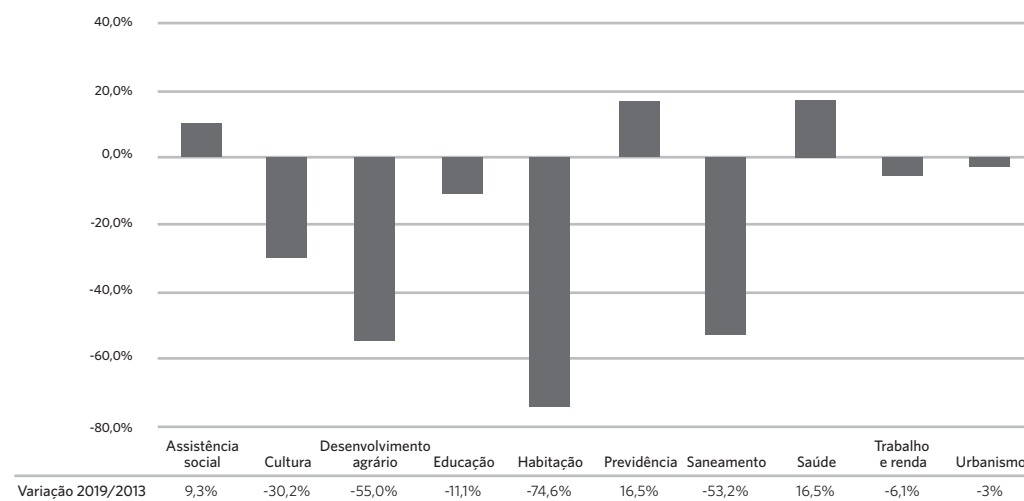
Políticas sociais setoriais	Em R\$ bilhões de 2019									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Assistência social	64,52	69,84	79,96	88,47	90,40	86,81	89,95	91,74	91,10	96,72
Cultura	1,28	0,81	1,09	0,66	0,72	0,66	0,65	0,48	0,56	0,46
Desenvolvimento agrário	2,07	1,41	1,43	1,13	1,34	1,34	1,18	0,91	0,54	0,51
Educação	61,97	67,06	79,70	83,40	91,43	82,96	80,26	76,36	73,53	74,15
Habitação	1,34	11,97	3,88	18,52	22,83	25,12	8,94	3,93	4,79	4,70
Previdência	523,15	540,39	569,19	600,04	618,96	626,16	650,36	676,42	660,97	699,21
Saneamento	4,32	3,93	5,48	3,91	4,07	2,46	3,57	2,34	1,90	1,83
Saúde	95,45	99,89	106,37	108,13	115,38	115,36	117,42	115,08	123,23	125,95
Trabalho e renda	70,37	76,46	82,87	88,84	99,70	85,99	89,32	86,13	83,48	83,40
Urbanismo	5,42	4,64	4,00	3,02	2,72	3,24	3,95	2,84	2,32	2,93
Total	829,89	876,39	933,97	996,12	1.047,56	1.030,09	1.045,62	1.056,23	1.042,41	1.089,86

Fonte: Siga Brasil²³. Soma das despesas do exercício pagas e dos restos a pagar pagos no exercício. Valores deflacionados pelo IPCA.

Como em meados da última década o Brasil enfrentou grave recessão econômica e o governo federal adotou medidas de austeridade fiscal, a comparação do gasto em 2019 com o realizado no ano imediatamente anterior ao de início da recessão (2013) gera um quadro mais amplo sobre os efeitos da crise e da austeridade para o gasto federal com as políticas sociais. Os resultados dessa

comparação são apresentados no gráfico 1, no qual fica claro que somente as políticas de assistência social (9,3%), previdência (16,5%) e saúde (16,5%) apresentaram aumento do gasto. As demais tiveram perda de recursos: cultura (-30,2%), desenvolvimento agrário (-55,0%), educação (-11,1%), habitação (-74,6%), saneamento (-53,2%), trabalho e renda (-6,1%) e urbanismo (-3,0%).

Gráfico 1. Variação do gasto federal com políticas sociais setoriais (2019 em relação a 2013)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Siga Brasil²³.

Os resultados mostram que, entre as dez políticas sociais setoriais analisadas, cinco tiveram redução de recursos na última década; mas que, quando considerada a variação do gasto no ano imediatamente anterior à recessão econômica recente (2013) e 2019, o número de políticas que sofrem diminuição do gasto sobe para sete. Entre as que tiveram aumento de despesas nesse período, encontram-se as políticas vinculadas à seguridade social (assistência social, previdência e saúde).

Na política de assistência social, as principais despesas são com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e com o Programa Bolsa Família (PBF). O BPC é pago a idosos de renda familiar per capita mensal inferior a um quarto do salário mínimo e a pessoas com deficiência que apresentem incapacidade para a vida independente e para o trabalho. O valor do benefício é de um salário mínimo²⁴. Já o PBF é um programa de transferência de renda para famílias com renda per capita de até R\$ 89,00 por mês e com renda per capita entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos²⁵. O gasto com a assistência social em 2019 foi R\$ 8,3 bilhões maior que em 2013. Nesse período, a despesa com o PBF teve redução, passando de R\$ 34,4 bilhões para R\$ 32,5 bilhões (-5,5%), e com o BPC aumentou 31,2%, variando de R\$ 44,6 bilhões a R\$ 58,5 bilhões. Observa-se, assim, que o aumento do BPC dirigiu a ampliação verificada na política de assistência social.

As despesas com o PBF são discricionárias, ou seja, o governo federal tem controle sobre os gastos; já com o BPC, a sua margem de controle é menor, pois o benefício está previsto na CF 1988 como um direito, e o acesso a ele tem sido judicializado nos últimos anos^{26,27}. A redução do gasto com PBF ajuda a explicar o aumento da fila para a concessão do benefício, cuja ampliação tem sido tratada em diversas matérias jornalísticas e motivou o Ministério Público Federal a

questionar o Ministério da Cidadania sobre o assunto²⁸. Como consequência, pode ter contribuído para o aumento da extrema pobreza no País, que atingiu 4,5 milhões de pessoas desde 2014, totalizando 13,5 milhões de pessoas que passaram a viver com até R\$ 145 mensais em 2019²⁹.

Estimou-se, com base em dados do PBF, da Estratégia Saúde da Família (ESF), do índice de pobreza e dos possíveis efeitos da EC 95, que a mortalidade em crianças menores de 5 anos será maior sob a vigência dessa emenda, em comparação com a manutenção dos níveis atuais de proteção social, podendo ocorrer quase 20 mil mortes evitáveis a mais entre 2017 e 2030³⁰. Adicionalmente, para um cenário de redução da cobertura pela ESF e de encerramento do Programa Mais Médicos (PMM), espera-se que a taxa de mortalidade por condições sensíveis à atenção básica seja 8,6% maior que a observada com a manutenção da cobertura pela ESF e manutenção do PMM³¹.

No que se refere à previdência, política social de caráter contributivo, o controle do crescimento das despesas também é limitado. Uma vez que os indivíduos tenham cumprido os requisitos para o acesso ao benefício, conforme as regras vigentes para o caso, a concessão pode ser exigida pelo cidadão a qualquer tempo. O gasto total aumentou em R\$ 99,2 bilhões entre 2013 e 2019. Nessa política, as maiores despesas estão relacionadas com o pagamento dos benefícios do Regime Próprio de Previdência Social da União (RPPS) e do Regime Geral da Previdência Social (RGPS). Os gastos com o RPPS decresceram de R\$ 105,3 bilhões em 2013 para R\$ 90,1 bilhões em 2019 (-16,9%); e com o RGPS, aumentaram de R\$ 492,3 bilhões para R\$ 609,1 bilhões (19,2%) entre 2013 e 2019. A taxa de crescimento vegetativo real estimada pelo governo para as despesas do RGPS é de 3,89% para 2020 e de 3,85% para 2021³². Outro fator que impulsiona o gasto é a judicialização dos benefícios^{26,27}, tanto previdenciários quanto assistenciais,

como já foi apontado. O Tribunal de Contas da União verificou que, no período de setembro de 2017 a julho de 2018, o gasto do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com aposentadorias, auxílio-doença, entre outros benefícios judicializados, foi de R\$ 92 bilhões³³.

No caso da política de saúde, a vinculação da aplicação mínima de recursos à variação nominal do PIB entre 2013 e 2015, menor elasticidade dos gastos em saúde³⁴, o crescimento das demandas judiciais dos cidadãos para acesso a tecnologias em saúde³⁵ e o esforço do governo federal para quitar despesas inscritas em restos a pagar em 2018 e 2019 explicam o crescimento observado entre 2013 e 2019 nas despesas pagas (R\$ 17,8 bilhões). É importante destacar que o gasto em saúde apresentado neste trabalho difere daquele que é considerado para fins de cômputo da aplicação mínima em saúde, que é gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Nas despesas apresentadas neste artigo, estão incluídas aquelas realizadas pelos diferentes órgãos do Poder Executivo federal, entre elas, gastos com assistência médica ao servidor, que não são despesas com ASPS. Além disso, os gastos com ASPS são executados unicamente pelo Ministério da Saúde e são mensurados pelo estágio de empenho das despesas. Outra questão é a comparação do gasto atualmente realizado com ASPS, sob a vigência da EC 95, com aquele que deveria ser realizado caso a EC 86 ainda estivesse vigente. Em comparação com a regra da EC 86, constata-se que a regra de aplicação da EC 95 implica menor alocação de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (R\$ 13,2 bilhões a menos em 2019)³⁶, desfecho previsto e anunciado quando da tramitação da EC 95 em 2016⁵.

Quanto às políticas que tiveram redução de despesas, é interessante observar o caso da educação, que apresentou queda do gasto entre 2013 e 2019 (-11,1%, R\$ 9,2 bilhões), conforme segue: ensino profissional, de R\$ 13,4 bilhões para R\$ 12,8 bilhões (-4,9%);

educação básica, de R\$ 8,1 bilhões para R\$ 5,6 bilhões (-30,6%); ensino superior, de R\$ 35,3 bilhões para R\$ 34,7 bilhões (-1,8%); e transferências para o Fundeb, de R\$ 18,7 para R\$ 16,7 bilhões (-10,7%). Antes da vigência da EC 95, a União empenhava despesas com Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE) em patamar significativamente superior à aplicação mínima, que é obrigatória por determinação constitucional. Com essa emenda, há a preocupação de que a aplicação do governo federal se aproxime do piso da educação, implicando perda de recursos em relação aos anos anteriores¹⁰.

Considerando os números apresentados neste trabalho, parece haver risco potencial de que isso aconteça, com o agravante de que a aplicação mínima em MDE a partir de 2018 está congelada até 2036 e corresponde ao valor do piso de 2017 em termos reais. Antes da regra da EC 95, a aplicação mínima flutuava em função do aumento da receita de impostos. Note-se, também, a significativa perda de recursos na educação básica, que inclui despesas com a aquisição e produção de livros e materiais didáticos, com o transporte escolar, melhoria da infraestrutura das escolas, entre outras. A mesma situação de redução de recursos não aconteceu para a saúde, porque o gasto federal nessa área sempre orbitou no limite da aplicação mínima, característica essa que fez com que alguns autores concluíssem que o piso da saúde se tornou teto de aplicação³⁷. Assim, a União não pode reduzir significativamente as despesas com saúde porque passaria a descumprir a CF 1988.

Com relação ao saneamento, a queda das despesas foi de R\$ 2,1 bilhões. O saneamento contempla serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e drenagem de águas pluviais urbanas. A falta de investimento nessa política é considerada a principal causa da não universalização do saneamento no Brasil e coloca o País na 112ª colocação no ranking das infraestruturas de saneamento³⁸. O

investimento público já era baixo e foi reduzido nos últimos anos, não havendo perspectiva de que o gasto aumente sob a vigência do congelamento das despesas primárias da União pela EC 95.

Quanto à política de desenvolvimento agrário, houve perda de R\$ 624,1 milhões entre 2013 e 2019. As ações voltadas ao fortalecimento da agricultura familiar tiveram redução do gasto de R\$ 385,1 milhões para R\$ 266,3 milhões (-30,9%); e as destinadas à aquisição de alimentos da agricultura familiar diminuíram de R\$ 713,3 milhões para R\$ 234,9 milhões (-67,1%). A queda das despesas com essa política, paralelamente à fragilização dos órgãos responsáveis por sua execução, revela alto risco de descontinuidades de programas direcionados às populações da zona rural³⁹.

Para a política de habitação, o gasto com o programa orçamentário Moradia Digna em 2019 foi R\$ 13,8 bilhões menor do que o realizado em 2013 (-74,7%), o que envolve basicamente despesas com o Programa Minha Casa, Minha Vida. As despesas decresceram de R\$ 18,4 bilhões para R\$ 4,7 bilhões. Essa situação é preocupante, considerando o *deficit* habitacional que foi de mais de 6,3 milhões de moradias no Brasil em 2015. Essa é a estimativa de moradias necessárias para atender a pessoas que vivem em construções precárias, que coabitam moradias com a família, por falta de opção, e que habitam imóveis com fins não residenciais⁴⁰.

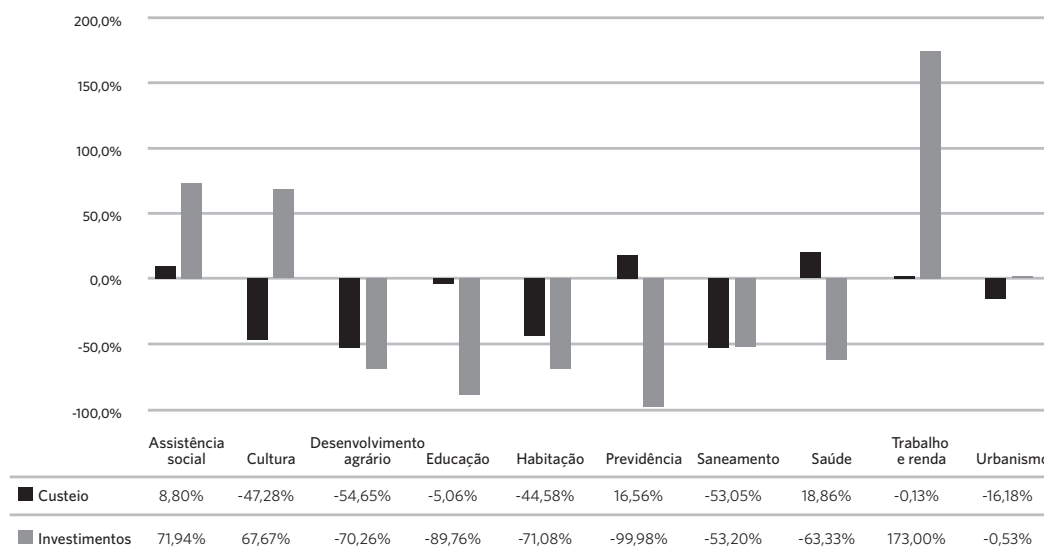
Quanto à política de urbanismo, voltada ao planejamento, à infraestrutura e ao transporte coletivo urbano, o volume de recursos alocados já era baixo em 2013 e continuou baixo em 2019, sofrendo ainda redução (-3%).

No que diz respeito às despesas de capital (investimentos), sob os efeitos da crise econômica e da EC 95, espera-se que, no geral,

elas sejam evitadas. E foi justamente isso o que aconteceu. A redução das despesas com investimentos para o conjunto das políticas sociais setoriais foi de R\$ 8,2 bilhões, passando de R\$ 20,8 bilhões em 2013 para R\$ 12,7 bilhões (-39,3%). Ao se analisar os gastos por política e grupo de despesa, quais sejam, custeio (despesas com pessoal e outras despesas correntes) e investimentos (despesa de capital), comparando-se a despesa realizada em 2019 em relação a de 2013, tem-se uma situação interessante (*gráfico 2*). Para as políticas em que o gasto total teve crescimento (assistência social, previdência e saúde), que são as maiores despesas do governo federal, houve redução dos investimentos na política de previdência (-99,98%) e de saúde (-63,3%), e aumento para a de assistência social (71,9%). Nesse último caso, ampliaram-se as despesas com desenvolvimento regional e no Sistema Único de Assistência Social (Suas). Também tiveram crescimento dos investimentos as políticas de cultura e de trabalho e renda, 67,7% e 173,0% respectivamente. No caso da cultura, contribuíram para tanto as despesas para preservação do patrimônio cultural das cidades históricas, que em 2019 totalizaram R\$ 117,7 milhões dos 164,4 milhões investidos nessa política (71,6%).

Quanto à política de trabalho e renda, dos R\$ 103,8 milhões investidos em 2019, R\$ 97,5 milhões (93,9%) foram destinados à compra de equipamentos e à realização de outras despesas de capital para o Ministério da Defesa. Em 2013, os recursos investidos estavam voltados majoritariamente aos programas de trabalho, emprego e renda, desenvolvimento regional e economia solidária (86,4% das despesas de capital). Já em 2019, os investimentos nesses programas representaram apenas 4% das despesas de capital dessa política.

Gráfico 2. Variação do gasto federal com políticas sociais setoriais por grupo de despesa (2019 em relação a 2013)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Siga Brasil²³.

Nota: O grupo custeio inclui despesas com pessoal e outras despesas correntes. O grupo investimentos inclui as despesas de capital.

O caso da política de trabalho e renda revela uma limitação deste estudo que é mensurar o gasto com cada política a partir da execução da administração pública por subfunções, ainda que alguns ajustes tenham sido feitos. Parece mais apropriado que as despesas com a compra de equipamentos para o Ministério da Defesa tivessem sido registradas nas subfunções vinculadas à função 5 – defesa nacional, e não nas subfunções vinculadas à função 11 – trabalho. Isso acaba provocando distorção na informação sobre os investimentos, pois se supõe que tenham sido feitos nos programas voltados à geração de emprego e renda, quando na verdade não foi isso o que aconteceu. De todo modo, como a classificação das despesas por subfunção, no geral, é pouco alterada de um ano para outro, ainda que se tenha a limitação apontada, esta metodologia continua sendo uma boa aproximação às despesas realizadas com as políticas públicas.

Outra questão a ser considerada em estudos futuros é a iniquidade do gasto no âmbito de cada política social. Neste trabalho, as despesas

do governo federal com bens, serviços e benefícios pagos aos seus servidores civis e militares foram computados no gasto de cada política, se eles foram classificados nas subfunções consideradas. Trata-se de um gasto social, mas direcionado a uma parcela restrita de pessoas. Um exemplo é o gasto com assistência médica aos servidores federais que foi de R\$ 5,2 bilhões no total de R\$ 125,9 bilhões apurado para a política setorial de saúde.

Considerações finais

Como mostram os resultados deste estudo, importantes políticas sociais tiveram redução de recursos nos últimos anos como resultado da recessão econômica e da política de austeridade fiscal, cuja implantação se inicia em 2015 e se intensifica a partir de 2016. Como as desigualdades sociais são enormes no Brasil, a queda no financiamento federal de tais políticas pode ter impactos significativos sobre a proteção e a promoção social no País. Isso

porque é a União o ente que possui maior capacidade fiscal e, dificilmente, os estados e municípios conseguiriam alocar o montante de recursos que deixou de ser aplicado pelo governo federal, especialmente no contexto atual de crise em suas finanças.

A crise econômica recente e a implantação de medidas de austeridade fiscal provocaram efeitos negativos no Brasil. Na prática, quanto à despesa, o que se observa é que os gastos que tiveram incremento foram aqueles vinculados a direitos constitucionalmente inscritos, do âmbito da seguridade social, e com tradição de exigibilidade de seu cumprimento via sistema de Justiça: o BPC na assistência social, os benefícios previdenciários e o acesso a bens e a serviços de saúde. No caso da saúde, outros fatores para além da obrigatoriedade de gasto mínimo e da judicialização exercem pressão sobre as despesas³⁴. Gastos com bens, ações e serviços relacionados com outras políticas sociais tiveram redução no período analisado, ainda que direitos sociais vinculados a essas políticas estejam igualmente inscritos na CF 1988.

Estudos de revisão da literatura evidenciam que a escolha da política de austeridade fiscal em momento de crise econômica pode ter consequências desastrosas para a saúde da população^{41,42}. Essa combinação dificulta a universalização do acesso aos serviços de saúde e coloca em risco os avanços alcançados nessa área pelo Brasil^{43,44}. Além disso, reduz a probabilidade de o País atingir as metas de controle de doenças não transmissíveis⁴⁵ e as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030⁴⁶.

Para garantir o direito constitucional à saúde no Brasil, não basta assegurar o acesso da população a bens e a serviços de saúde. É preciso implementar políticas que atuem sobre os DSS. Relatório da Organização Mundial da Saúde sinaliza que as políticas-chave para incidir sobre os DSS e as iniquidades em saúde estão relacionadas com a melhoria: i) do desenvolvimento infantil precoce (educação infantil, cuidados de saúde, proteção contra a pobreza, apoio aos pais que trabalham e promoção da igualdade de

gênero); ii) do acesso a emprego justo e trabalho decente (criar oportunidades de emprego em áreas mais desfavorecidas, implementar programas ativos de mercado de trabalho de boa qualidade e melhorar as condições de trabalho); iii) da proteção social por meio da transferência de renda (aumentar o investimento social em programas de transferência de renda, melhorar a efetividade dos programas, sua coordenação e gestão, a fim de torná-los mais eficientes e simples para os beneficiários); e iv) do ambiente de vida (proteger os cidadãos do despejo ilegal, aumentar a capacidade de pagamento para habitação e implementar planejamento urbano efetivo para promover transporte e habitação mais limpos, mais eficientes no uso de energia e mais saudáveis)⁴⁷.

O quadro recente de financiamento das políticas sociais setoriais no Brasil sinaliza para maiores dificuldades na obtenção de progressos nas condições de vida e de trabalho da população e, mais do que isso, aponta para elevado risco de retrocesso nesses âmbitos, com impactos negativos sobre a situação de saúde dos brasileiros. Com a adoção das necessárias medidas de distanciamento social para enfrentamento da pandemia de Covid-19, a situação da economia no mundo e no Brasil tende a piorar. Governos de vários países têm intensificado a adoção de medidas para estimular a economia e preservar a renda dos trabalhadores. Contudo, lamentavelmente, o que mais se vê por parte de integrantes do governo no Brasil são propostas de mais reforma, no sentido da redução do tamanho do Estado, redução dos salários dos trabalhadores nos setores público e privado, e de mais austeridade para controle do *deficit* primário. Se esse curso não for alterado, estamos caminhando aceleradamente para um futuro com mais desigualdades sociais e maiores iniquidades em saúde.

Colaboradora

Vieira FS (0000-0001-7377-7302)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Perspectivas da política social no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2010.
2. Ferreira MRJ. Políticas sociais frente à austeridade econômica brasileira. In: Lacerda AC, coordenador. O mito da austeridade. São Paulo: Editora Contracorrente; 2019. p. 79-110.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Saúde. Políticas Sociais: Acompanhamento e análise. Ipea. 2019; (26):1-50.
4. Ramos AP, Lacerda AC. A Emenda Constitucional (EC) 95 e o engodo do “teto dos gastos”. In: Lacerda AC, coordenador. O mito da austeridade. São Paulo: Contracorrente; 2019. p. 53-77.
5. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica n. 28).
6. Paiva AB, Mesquita ACS, Jaccoud L, et al. O Novo Regime Fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica n. 27).
7. Fundação Friedrich Ebert Stiftung; Fórum 21; Plataforma Política Social; GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política. Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert Stiftung, Fórum 21, Plataforma Política Social, GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política, 2016.
8. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. Rev. Estud. Pesq. sobre as Amér. 2016; 10(3):1-28.
9. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(12):e00194316.
10. Rossi P, Oliveira ALM, Arantes F, et al. Austeridade fiscal e o financiamento da educação no Brasil. Edu. Soc. 2019; (40):e0223456.
11. Brasil. Ministério da Economia. Plano Mais Brasil. Brasília, DF: Ministério da Economia; 2019.
12. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Nota Técnica nº 2/2020/PFDC, de 10 de fevereiro de 2020. Assunto: Plano Mais Brasil [internet]. [acesso em 2020 mar 16]. Disponível em: <https://bit.ly/2IOJsYD>.
13. Pinto EG. Erosão orçamentário-financeira dos direitos sociais na Constituição de 1988. Ciênc. Saúde Colet. 2019; 24(12):4473-4478.
14. Castro JA. Política social e desenvolvimento no Brasil. Econ. Soc. 2012; 21(ne):1011-1042.
15. Brasil. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [internet]. [acesso em 2020 mar 22]. Disponível em: <https://bit.ly/36EJbkY>.
16. Buss P, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007; 17(1):77-93.
17. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
18. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
19. Giacomoni J. Orçamento público. 13. ed. São Paulo: Atlas; 2005.
20. Brasil. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post. V. 2. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República; 2018.

21. Brasil. Ministério da Fazenda. Manual de contabilidade aplicada ao setor público. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Fazenda; 2018.
22. Brasil. Ministério do Planejamento. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Abr 1990.
23. Brasil. Senado Federal. Siga Brasil [internet]. 2020 [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <http://bit.ly/30t3y4a>.
24. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Brasília, DF: MDS; 2017.
25. Brasil. Ministério da Cidadania. Bolsa Família: como funciona [internet]. Brasília, DF: Ministério da Cidadania; 2019. [acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <https://bit.ly/33sqdxn>.
26. Silveira FG, Jaccoud L, Mesquita AC, et al. Deficiência e dependência no debate sobre a elegibilidade ao BPC. Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica n. 31).
27. Simões Neto SE, Gomes CMC. Tendência à judicialização do BPC: causas e consequências para os trabalhadores idosos. SER Social. 2016; 18(39):477-500.
28. Brasil. Ministério Público Federal. Ofício nº 86/2020/PFDC/MPF, de 6 de março de 2020. Ofício endereçado ao ministro da Cidadania sobre o Programa Bolsa Família [internet]. [acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <https://bit.ly/3d8RYzy>.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. [acesso em 2020 mar 22]. Disponível em: <https://bit.ly/3dnq96U>.
30. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. PLOS Medicine. 2018; 15(5):1.
31. Rasella D, Hone T, Souza LE, et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. BMC Medicine. 2019; (17):82.
32. Brasil. Ministério da Economia. Projeções financeiras e atuariais para o Regime Geral de Previdência Social [internet]. Brasília, DF: Ministério da Economia; 2019. [acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <https://bit.ly/33qrd3>.
33. Brasil. Tribunal de Contas da União. Judicialização de benefícios do INSS [internet]. Brasília, DF: TCU, 2018. [acesso em 2020 mar 22]. Disponível em: <https://bit.ly/2J7kCn0>.
34. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: Ipea; 2019. (Texto para Discussão n. 2516).
35. Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça; 2019.
36. Funcia FR. Estimativas da perda de recurso de Sistema Único de Saúde (SUS) como decorrência da Emenda Constitucional 95/2016. Domingueira [internet]. 2020; (10):1. [acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <https://bit.ly/2TeOE1>.
37. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea; 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).
38. Araújo FC, Bertussi GL. Saneamento básico no Brasil: estrutura tarifária e regulação. Planej. Polít. Púb. 2018; (51):165-202.

39. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Desenvolvimento rural. *Polít. Soc. Acomp. Análise*. 2019; 26:1-40.
40. Fundação João Pinheiro. Deficit habitacional no Brasil 2015. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2018.
41. Vieira FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica n. 26).
42. Schramm JMA, Paes-Sousa R, Mendes LVP. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. (Textos para Debate n. 1).
43. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob. Health*. 2018; (3):e000829.
44. Lima RTS. Austerity and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS): health in perspective. *Health Promo. Inter*. 2019; 34(S1):i20-i27.
45. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(10):3115-3122.
46. Souza LEPP, Barros RD, Barreto ML, et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. *BMJ Glob. Health*. 2019; (4):e0011661.
47. World Health Organization. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequalities. Copenhagen: WHO; 2017. (Health Evidence Network Synthesis Report 52).

Recebido em 22/03/2020

Aprovado em 07/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Tendências da mercantilização no SUS do estado de São Paulo: análise territorial dos gastos com convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais

Trends of commodification in the SUS of the state of São Paulo: territorial analysis of spending on agreements and management contracts with Social Organizations

Ligia Schiavon Duarte¹, Jair de Abreu Leme Junior², Julia Amorim Santos², Luiz Victor Felipe¹, Áquilas Nogueira Mendes²

DOI: 10.1590/0103-1104202012702

RESUMO As literaturas nacional e internacional indicam o redimensionamento do setor privado dentro dos sistemas públicos de saúde, com sua ampliação e constituição de novos arranjos. O trabalho objetiva analisar a dinâmica territorial no processo de mercantilização explícita no território do estado de São Paulo, identificando a distribuição espacial de recursos para a gestão privada de instituições públicas e a contratação de instituições sem fins lucrativos para a oferta de serviços. Recorreu-se às informações orçamentárias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período de 2010 a 2017. A análise dos dados permitiu observar uma participação relevante de despesas com gestão privada de instituições públicas (25,8%) e com contratação de instituições sem fins lucrativos para oferta de serviços (12,0%) nos gastos em saúde do estado, e o aumento real dos gastos em ambas as despesas ao longo do período. A análise territorial demonstrou que a contratação de gestão privada é um fenômeno característico da principal metrópole paulista, enquanto nas demais regiões prevalecem as despesas com contratação de instituições sem fins lucrativos para a oferta de serviços. Observa-se, também, que o estado despense recursos financeiros principalmente para a contratação da gestão dos equipamentos hospitalares, seguido dos ambulatórios.

PALAVRAS-CHAVE Economia da saúde. Organização Social. Mercantilização. Política de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT National and international literature indicates a resizing of the private sector within the public health systems, providing its expansion and the establishment of new arrangements. The study aims to analyze the territorial dynamics in the process of explicit commodification in the state of São Paulo, identifying the territorial distribution of resources for the private management of public institutions and the contracting of non-profit institutions for the provision of health services. Budgeting information from the São Paulo State Department of Health was adopted from 2010 to 2017. Data analysis made possible to notice that a significant portion of health expenses was allotted to private management of public institutions (25.8%) and to the supply of service by the contracting of non-profit institutions (12.0%). Both spending actually increased over the period. The territorial analysis revealed that the contracting of private management is typical of the capital of São Paulo, while prevail in the other regions the expenses with the contracting of non-profit institutions for the provision of services. The State allot financial resources mainly for contracting the management of hospital equipment, followed by outpatient clinics.

KEYWORDS Health economics. Social Organization. Commodification. Health policy. Health management.

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Instituto de Saúde (IS) - São Paulo (SP), Brasil. ligia.duarte@uol.com.br

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) - São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

A partir de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual visa a consolidar as políticas de saúde como direito social básico universal¹. É considerada uma das políticas públicas de saúde mais progressistas do mundo, a qual prevê atendimento a todo brasileiro ou qualquer pessoa que estiver no País, pautada em diretrizes de um cuidado integral, com participação social e articulação das ações por meio da regionalização e de redes de serviços.

Para isso, na Constituição Federal de 1988, ficou estabelecido que o Estado deve garantir uma rede de serviços própria, sem, no entanto, excluir a possibilidade de participação de entidades privadas, quando necessário. Nesse sentido, a partir do artigo 197, ficou explicitado que o Poder Público deve dispor sobre a regulamentação, fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde de relevância pública, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado¹. Estabeleceu-se, também, a existência de uma rede de serviços privados que não possuiria vínculos com o sistema público (denominada ‘serviços suplementares’, por meio da Lei nº 8.080/1990), prestando serviço à população mediante pagamento direto ou por instituições que intermedeiam a relação prestador-consumidor². A articulação entre os setores públicos e privados se constitui de maneira endógena nas políticas públicas de saúde no Brasil, e parte da literatura indica haver, ao longo dos 30 anos de existência do SUS, uma intensificação do arranjo público-privado^{3,4}.

A partir de 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, foi instituída a Reforma da Administração Pública⁵, atribuindo ênfase à necessidade de modernizar a administração pública enquanto reguladora das atividades econômicas, tornando-a eficiente sob os critérios do mercado. Pautava-se a importância de integração com a economia mundial, com ênfase à privatização do setor industrial, ainda que ressaltando a necessidade

de certa mediação estatal em algumas áreas sociais, como educação, saúde e cultura. Esse processo estava harmonizado com a consolidação do ajuste fiscal e uma política macroeconômica de implementação do Plano Real de caráter restritivo (ex. corte de gastos públicos)⁶. Nessa proposta, a reforma gerencial se propôs a modernizar a administração pública com a passagem do que eles denominavam uma forma burocrática-estatal para uma forma gerencial, de maneira a tornar a administração pública eficiente sob os critérios do mercado, com o Estado atuando enquanto regulador das atividades econômicas.

Para essa modernização, o aumento da eficiência da administração pública, segundo os propositores, seria resultado de um complexo projeto de reforma no setor dos serviços ‘não exclusivos’ do Estado. Reafirmou-se que o setor de bens e serviços deveria ser voltado totalmente para o mercado, e a produção deveria ser, em princípio, realizada pelo setor privado. Quanto às atividades que não pudessem ser controladas exclusivamente pelo mercado, o Estado deveria assumir um caráter regulador e transferidor de recursos à figura jurídica denominada ‘pública não-estatal’⁷.

Essa não foi expressão singular brasileira. Observa-se um movimento internacional onde os sistemas de saúde passaram por reformas que introduziram, ainda que de maneira parcial, mecanismos de mercado⁸⁻¹⁰. Ferreira e Mendes¹¹ indicam a importância de compreender as dinâmicas de mudanças nos sistemas de saúde universais, considerando a especificidade de cada arranjo e dinâmica local, com a ampliação de formas já existentes e a criação de novos mecanismos de mercado.

No âmbito do Brasil, verifica-se a aprovação da Lei Federal nº 9.637/1998, que implementou as Organizações Sociais como ‘novos modelos de gestão não-estatal’^{12,13}, concomitantemente à implementação das agências reguladoras autônomas – no caso da saúde, instituiu-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2000¹⁴; além da aprovação

da Lei de Responsabilidade Fiscal (oficialmente, Lei Complementar – LC – nº 101, de 2000), pautada pela agenda econômica do Fundo Monetário Internacional (FMI), que, entre outras coisas, estabeleceu limites para gastos com pessoal pelos entes federados^{15,16}. É a partir desse conjunto de medidas instituídas ao longo da Reforma do Estado, imbricado no contexto de uma política macroeconômica ortodoxa com a instituição do tripé econômico (juros altos/metras de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, com tendência a valorização do Real frente ao Dólar), que há a necessidade de reconfiguração das políticas sociais brasileiras nos anos 1990^{6,16}.

O contexto dessa nova racionalidade dos gastos públicos afeta profundamente as políticas sociais, em especial, a de saúde. Ao longo da década de 1990, o processo de implantação do SUS, com a estratégia de descentralização nas suas principais diretrizes, por si só, já introduz mudanças importantes na organização da política. A municipalização da saúde, principalmente a partir de 1996, promove inúmeras inovações relacionadas à eficácia e eficiência da gestão do sistema, em diferentes perspectivas, estando entre elas o aparecimento de novos atores – gestores municipais, gestores estaduais, conselhos, entre outros – e uma transformação na relação entre público e privado no sistema de saúde. Se, por um lado, a política que conforma o SUS exige o fortalecimento do papel do Estado, por outro, a rearticulação interna da iniciativa privada no setor saúde se dá com ênfase na modernização tecnológica e em uma suposta eficiência e qualidade dos serviços, ganhando espaço político e legitimidade social¹⁷.

Segundo Bodstein e Souza¹⁷, o novo desenho institucional passa a comportar inúmeras modalidades de organização e gestão, conforme o arranjo político em cada contexto local, que possibilita ao capital privado na saúde uma diversificada frente de atuação. Sejam naquelas baseadas em uma relativa autonomia com relação ao financiamento público direto, já que, de forma indireta, beneficia-se das renúncias

fiscais, ou na possibilidade de ter seus clientes privados atendidos nos equipamentos públicos de maior complexidade, sejam naquelas baseadas no financiamento público direto, entre elas, a manutenção de convênios com o setor público, em especial, com os estaduais e municipais, para a provisão de serviços de saúde.

É possível afirmar que a provisão dos serviços de saúde tornou-se um campo primordial para o desenvolvimento de uma frente de atuação do setor privado, mesmo quando se consideram os países tradicionalmente reconhecidos por seus sistemas de proteção social¹⁰. Segundo Pahim¹⁰, ainda que se reconheçam as dificuldades em estabelecer com precisão as fronteiras entre o público e o privado nas perspectivas de rentabilidade do setor privado, a separação da função provisão e da função compra coloca os provedores em busca permanente de ampliar seus nichos de mercado, tentando preservar ou expandir suas receitas.

É nesse contexto que a Lei nº 9.637/1998 promove a adoção do modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Se, por um lado, a adesão ao modelo OSS pelos gestores municipais e estaduais decorre da maior flexibilização administrativa frente às regras impostas ao ente público, possibilitando a contratação de pessoal nas condições de mercado, a adoção de normas próprias para compras e contratos e a ampla flexibilidade na execução orçamentária e financeira¹⁸, por outro, possibilita às entidades qualificadas como Organizações Sociais (OS) cumprirem o papel de *locus* de valorização do capital. Segundo Morais et al.¹⁸, a possibilidade de remuneração dos dirigentes com os recursos públicos, de aplicação dos excedentes monetários na dinâmica da financeirização dos capitais e o posicionamento dessas entidades entre as maiores empresas do País figurariam esse setor como um componente do Complexo Econômico Industrial da Saúde.

A despeito do intenso debate sobre os reais resultados da implementação de um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis^{10,18,19}, governos de diversos matizes ideológicos vêm adotando,

em diferentes territórios e áreas de atuação, orientações gerais dos processos de reforma, dentro de uma dinâmica política que converge para o uso de instrumentos semelhantes para provisão de serviços públicos no contexto da Nova Gestão Pública. Governar de forma indireta aos instrumentos de gestão tem sido uma tendência mundial, e, no Brasil, essa adoção no nível estadual tem sido intensificada sobretudo no que concerne às políticas de saúde.

Segundo Alcântara²⁰ e Leite²¹, as novas formas organizacionais do setor público, mais notadamente as OSS, devem passar por um processo contínuo e profundo de avaliação, e um desenho organizacional deverá ser sistematizado para que haja mecanismos de avaliação e controle efetivos. Os contratos de gestão têm sido apontados como deficientes em alguns aspectos, sendo que há necessidade de aprimorar as técnicas de mensuração da eficiência, controle e sobretudo os métodos de fiscalização externa. Os autores ressaltam que, até o momento, não há avaliações confiáveis que demonstrem maior eficiência dessas novas organizações. É comum na administração brasileira a existência de reformas com pouco planejamento e fundamentação, o que propicia resultados parciais e insatisfatórios, que buscam apenas escapar da alegada rigidez do ordenamento jurídico, especialmente do direito administrativo público. Para Mendonça e Machado²², as práticas de Governança Corporativa são referenciadas nos princípios de transparência, equidade, prestação de contas e ética. Os autores afirmam que deve existir, nas organizações do terceiro setor, mecanismos de governança passíveis de implementação para que se alcance desempenho social eficiente.

A partir da opção pelas OSS para execução dos serviços no modelo de gestão, um dos principais questionamentos diz respeito à possibilidade de privatização das unidades estatais. E esse tem sido, também, apesar de uma tendência, um dos fatores de resistência explícita ao modelo, pelos atores políticos do SUS, nos espaços de decisão colegiada²³.

O fato é que, no Brasil, a Lei nº 9.637/1998 promoveu uma notável concentração das OSS no eixo Sul-Sudeste do País, que se relaciona ao dinamismo econômico regional nacional¹⁸. A tendência de concentração regional do financiamento público do setor de saúde^{24,25} e dos prestadores privados de saúde, em especial, os filantrópicos^{10,26}, em regiões de maior desenvolvimento econômico do País e em polos urbanos é fenômeno já identificado na literatura especializada.

Além de estarem concentradas territorialmente, Moraes et al.¹⁸ ressaltam a capacidade das dez maiores OSS, localizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, de expandirem-se pelo território nacional, alcançando localidades, contíguas ou não, configurando um movimento que sugere a formação de monopólios. As autoras demonstram, ainda, ampliação do número de estabelecimentos públicos gerenciados por OSS com contrato de gestão, nas esferas estaduais e municipais, de 2009 a 2016. Vale ressaltar, ainda, que o perfil assistencial dos estabelecimentos sob gestão privada é, em sua grande maioria, de hospitais, principalmente os gerais¹⁸. Mesmo considerando que o perfil assistencial dos estabelecimentos sob gestão privada seja em grande parte hospitalar, é possível observar a expansão do modelo OSS para unidades ambulatoriais, de análises clínicas e centros de atendimento a grupos específicos¹⁰.

Pahim¹⁰, ao analisar a implementação das OSS no estado de São Paulo, identifica que, além da LC 846/98, que autoriza o governo estadual a qualificar como 'organizações sociais' entidades privadas sem fins lucrativos com atuação voltada às áreas de saúde e cultura, estabeleceu-se a LC 62/08, que determina uma ampliação no raio de abrangência desse formato de gestão. A autora constata que, durante o período de 1998-2007, a Pasta da Saúde foi privilegiada, sendo que o modelo OSS se desenvolveu num contexto especialmente favorável do ponto de vista de condições de financiamento. Verifica que houve uma tendência de aumento dos gastos com contratos de gestão ou convênios, havendo um expressivo

ganho de espaço relativo ao modelo OSS no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) na década de 2000. Segundo a autora, a implementação do modelo OSS pela SES/SP se constituiu em três fases: 1) 1998-2001, com a instituição da gerência de unidades hospitalares; 2) 2002-2004, com a introdução de novo formato de contrato de gestão e interiorização para alguns hospitais no território paulista; 3) 2005-2008, com a incorporação de outros tipos de serviços de saúde ao rol de contratos e convênios com as entidades gerenciadoras.

Como indicado, esse processo de redimensionamento do setor público e do setor privado, com a constituição de novos arranjos institucionais, pode ser observado em âmbito internacional. A literatura apresenta os termos de mercantilização, privatização e comercialização para indicar essa expressão do aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde, seja considerando o aumento da participação direta do setor privado enquanto prestador de serviços e de recursos privados no financiamento, assim como a adoção de princípios privados de gestão, remuneração e organização dos sistemas^{27,28}.

Ferreira e Mendes¹¹, analisando a inserção de mecanismos de mercado nas reformas dos sistemas de saúde da Alemanha, França e Reino Unido, adotam o termo ‘mercantilização’ para caracterizar o processo e identificam nele quatro tendências combinadas em termos de processos explícitos e implícitos, que podem se dar tanto pelo financiamento quanto pela oferta de serviços. No presente estudo, adotar-se-á como referência a tendência identificada como ‘mercantilização explícita na oferta de serviços’, que compreende a transferência de responsabilidade do setor público para o setor privado na oferta de serviços, em específico, na sua incorporação na oferta de serviços e na gestão privada de instituições públicas.

Partindo do exposto, este trabalho propôs-se a analisar a dinâmica territorial no processo de mercantilização explícita no estado de São Paulo. A meta foi verificar a distribuição

especial de recursos para a gestão privada de instituições públicas e a contratação de instituições sem fins lucrativos para a oferta de serviços no âmbito dessa esfera de governo, partindo da análise da alocação de recursos da SES/SP, a fim de jogar luz sobre a disseminação do modelo OSS no território paulista.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa e de corte longitudinal retrospectivo. As informações que compuseram a análise realizada foram coletadas no Sistema de Informações e Execução Orçamentária (Sigeo), referentes aos gastos em saúde da SES/SP. Entende-se que quanto maior a série histórica melhor a compreensão da tendência dos gastos, porém, a análise compreendeu o período de 2010, primeiro ano disponível no Sigeo, a 2017, último ano fechado no momento da realização do estudo.

Foram selecionados na base do Sigeo apenas os gastos classificados na função 10 Saúde. O conceito de gasto em saúde é o proposto por Mendes, Marques, Leite e Tubone²⁹ e compreende toda despesa com serviços de saúde de acesso universal, envolvendo as atividades desenvolvidas pela SES/SP (administração direta) e as transferências realizadas às entidades descentralizadas – Fundações e Autarquias – (indireta). Optou-se, também, por considerar apenas os gastos realizados com os recursos oriundos das arrecadações recebidas pelo governo estadual, ou seja, do Tesouro Estadual, por se aproximarem dos gastos vinculados ao percentual obrigatório da receita própria para aplicação em saúde definido pela Emenda Constitucional 29 (EC 29)³⁰. São gastos definidos no âmbito da gestão estadual, sem interferência direta da política do governo federal.

Para compreender a dinâmica relacionada ao processo de mercantilização explícita na oferta de serviços, foram destacadas algumas despesas na base de dados. As despesas referentes à contratação de gestão privada na

oferta de serviços, ou seja, contratação das OSS para gerenciamento de equipamentos estaduais, identificadas como Contratos de Gestão – LC 846/98 (no item 3.3.90.39). No presente estudo, essas despesas foram denominadas ‘Contratos de Gestão com OSS’. Ainda, para identificar a incorporação do setor privado na oferta de serviços, foram destacadas as despesas classificadas na modalidade de aplicação 50, que se referem às ‘Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos’, cujos itens de despesas foram definidos da seguinte forma: i) Item 3.3.50.43.79 – ‘Convênios com Organizações Sociais’; ii) Item 3.3.50.43.74 – ‘Convênios com faculdades sem fins lucrativos’; iii) Item 3.3.50.43.76 – ‘Convênios com as Santas Casas’; e iv) Itens 3.3.50.43.72, 3.3.50.43.75, 3.3.50.43.90 – ‘Outros convênios’. A somatória das despesas classificadas nesses itens foi denominada ‘Convênios’.

Consideraram-se, para efeito da análise do gasto, as ‘Despesas liquidadas’, o que indica que os valores não incluem os chamados ‘Restos a pagar’ daquele mesmo ano, considerando, assim, apenas as despesas processadas onde o direito do credor já foi verificado. Os valores foram tabulados e deflacionados utilizando o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP/DI – Fundação Getúlio Vargas – base = janeiro de 1993) – e convertidos a preço com base no índice de dezembro/2017, permitindo a comparação na série histórica em valor real.

O Sigeo possibilita acessar as informações das despesas liquidadas por município no qual ocorreu o gasto. Tendo em vista a compreensão da dinâmica territorial da realização das despesas, a base de dados foi retirada por municípios, que posteriormente foram codificados por regiões de saúde, conforme deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 153, de 2007, e posteriormente alterada pela CIB nº 4, de 2012^{31,32}. Vale ressaltar a presença residual na base de dados do Sigeo de municípios pertencentes a outros estados da federação, os quais foram classificados como Outros Estados.

Com o intuito de promover a análise da dinâmica territorial dos gastos e diante da importância da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) como *locus* privilegiado das despesas realizadas com a contratação de instituições sem fins lucrativos, optou-se no presente estudo por classificar as seis regiões de saúde localizadas na RMSP (Alto do Tietê, Franco da Rocha, Grande ABC, Mananciais, Rota dos Bandeirantes e São Paulo) como ‘Regiões de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo’, e as demais 57 regiões de saúde paulistas como ‘Demais Regiões’. Ou seja, as 63 regiões de saúde paulistas foram classificadas em dois grupos: as pertencentes à RMSP, denominadas ‘Regiões de Saúde da RMSP’, e as não pertencentes à RMSP, denominadas ‘Demais Regiões’.

As informações disponíveis no Sigeo não permitem identificar o nível assistencial das unidades sob a gestão das OSS. Por esse motivo, recorreu-se ao Portal Financeiro do Gestor da Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CGOF – SES/SP) como forma de complementar a análise da dinâmica territorial. Por meio desse portal, a SES disponibiliza consultas detalhadas por tipo, objeto, fonte de financiamento, entre outros, de todos os repasses realizados por ela. Foi possível construir uma base de dados com os repasses para OSS e contratos de gestão consolidados segundo a gestora e a unidade contratualizada, no ano de 2017. A referida base de dados foi complementada com o município da sede da OSS e com o município no qual se encontra a unidade contratualizada, e, em seguida, os municípios foram classificados como pertencentes à RMSP ou como Demais Regiões. Finalmente, as unidades contratualizadas foram classificadas da seguinte forma: i) hospitais; ii) Ambulatório Médico de Especialidades (AME); e iii) demais unidades. A título de exemplo, neste último se encontram os Serviços Estaduais de Diagnóstico por Imagem (Sedi), a Rede Lucy Montoro, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (Cross), entre outros.

Após as classificações propostas serem inseridas na base de dados, foram identificadas três unidades contratualizadas sob a gestão de duas OSS diferentes. Nesses três casos, os contratos de gestão das unidades contratualizadas foram consultados no Portal da Transparência da SES/SP. Os registros das OSS cujos contratos não foram identificados foram retirados da base de dados. Após esse processo de crítica das informações, o valor total dos repasses para as OSS, que somava R\$ 4.857,20 milhões em 2017, passou para R\$ 4.838,00 milhões. Vale ressaltar que os valores de repasses registrados no Portal Financeiro do Gestor são definidos no âmbito da CGOF – SES/SP (dados financeiros), não devendo ser comparados aos valores encontrados do Sigeo (dados orçamentários), servindo exclusivamente como parâmetro para a análise da

dinâmica da contratação de gestão privada de instituições públicas pela SES/SP.

Resultados e discussões

Conforme pode ser observado na *tabela 1*, considerando o período de 2010 a 2017, a SES despendeu R\$ 124,72 bilhões do tesouro estadual, sendo que R\$ 15,02 bilhões foram transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos para a compra de serviços por meio de ‘Convênios’, e R\$ 32,2 bilhões em ‘Contratos de Gestão com OSS’, que representam 12,0% e 25,8% do total dos gastos, respectivamente. Vale ressaltar que, em 2017, último ano do período analisado, os Contratos de Gestão com OSS representaram 28,5% do total de gastos, enquanto, em 2010, esse valor correspondia a 23,7%.

Tabela 1. Gastos estaduais por tipos de despesas e ano, no estado de São Paulo, período de 2010 a 2017

Ano	Convênios		Contratos de Gestão OSS		Total
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.
2010	1.602,42	11,5%	3.301,77	23,7%	13.949,29
2011	1.757,49	12,3%	3.565,84	24,9%	14.333,42
2012	1.666,99	11,2%	3.972,20	26,8%	14.842,85
2013	1.774,74	10,6%	4.478,29	26,7%	16.776,91
2014	2.156,78	13,1%	3.972,72	24,1%	16.496,11
2015	1.964,12	12,2%	4.091,34	25,3%	16.144,88
2016	2.265,12	14,4%	4.122,03	26,3%	15.681,09
2017	1.836,21	11,1%	4.701,86	28,5%	16.500,35
Total	15.023,87	12,0%	32.206,05	25,8%	124.724,89

Fonte: Sigeo³³.

Nota: Em reais, dez/2017. Deflator IGP-DI-FGV.

De fato, analisando o comportamento da despesa com ‘Contratos de Gestão com OSS’ e com ‘Convênios’ ao longo do período analisado, observa-se que ambas apresentam crescimento real, sendo que a primeira apresentou maior aumento quando comparada com a segunda, conforme pode ser observado na linha de tendência no *gráfico 1*. Essa constatação permite depreender que a ampliação das despesas com o

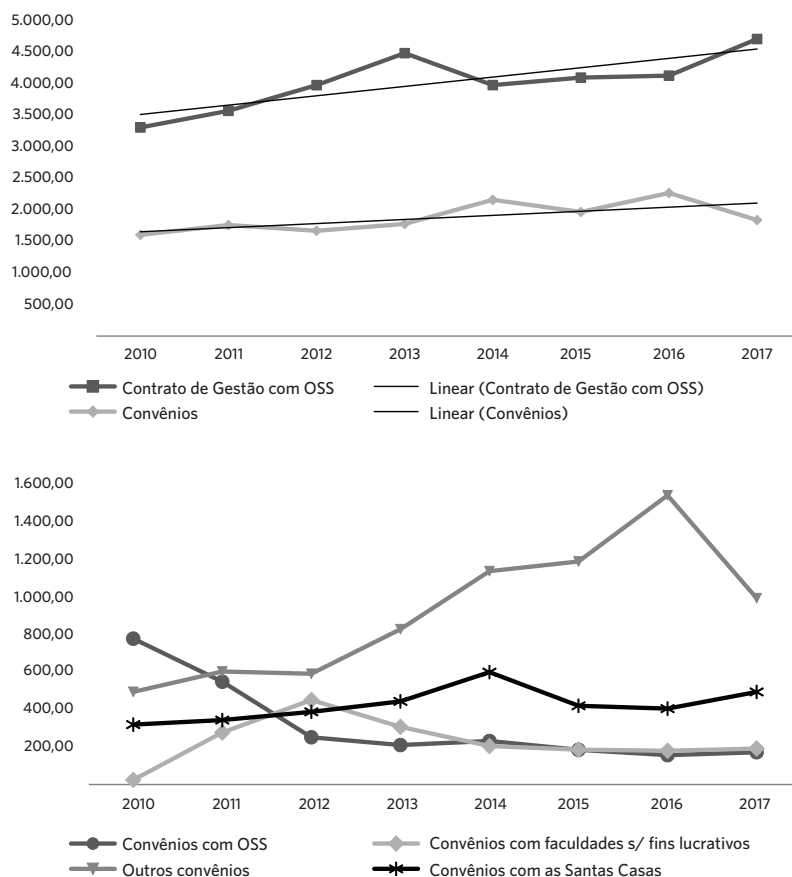
modelo OSS no orçamento estadual, identificado por Pahim¹⁰ em meados da década de 2000, tem continuidade ao longo da década de 2010.

A análise desagregada das despesas com ‘Convênios’ permite observar que os ‘Convênios com Organizações Sociais’, que respondem pela maior parcela dentro do agregado no início do período, perdem participação ao longo do tempo, passando a representar a

menor parcela em 2017. As demais despesas com Convênios apresentam aumento real ao longo do período, com destaque para as

despesas com ‘Outros convênios’ e, em menor intensidade, com ‘Convênios com as Santas Casas’ (gráfico 1).

Gráfico 1. Gastos estaduais por tipos de despesas e ano, no estado de São Paulo, período de 2010 a 2017



Fonte: Sigeo³³.

Nota: Em reais, dez/2017. Deflator IGP-DI-FGV.

A análise da alocação de recursos pela SES/SP indica que, ao longo do período 2010 a 2017, ocorreu uma ampliação do processo de mercantilização explícita na oferta de serviços. Observou-se o crescimento real das despesas com convênios, o que representa a incorporação do setor privado na oferta de serviços, apesar dessa despesa ser inferior ao crescimento da gestão privada de instituições públicas, analisada por meio dos Contratos de Gestão com OSS. Esses achados demonstram consonância com a ampliação do processo de

mercantilização na oferta de serviços verificada nos países centrais, mais especificamente, na Inglaterra, na França e na Alemanha^{11,34}.

Pelo montante de recursos despendidos no período analisado, que representa mais do que o dobro das despesas com convênios, vale destacar que as despesas com a contratação de gestores privados para as instituições públicas caracterizam de forma determinante a mercantilização explícita da oferta de serviços no estado de São Paulo. Sugere, também, a preeminência do modelo OSS como nicho de

mercado para manter ou expandir a lucratividade do setor privado, quando comparado ao setor de provisão de serviços de saúde.

A análise da distribuição territorial das despesas com ‘Contratos de Gestão com OSS’ ao longo do período analisado permitiu verificar que cerca de 78,6% delas se concentram na RMSP. Já com relação às despesas com ‘Convênios’, a situação se inverte, com 59,2% realizadas nas demais regiões. Esse resultado deve-se à forte presença dos ‘Convênios com Organizações Sociais’, dos ‘Convênios com faculdades sem fins lucrativos’ e dos ‘Convênios com as Santas Casas’ nas demais regiões, que se concentram em 72,6%, 96,4% e 72,4%, respectivamente, nas regiões de saúde desse recorte territorial. Apenas os convênios classificados como ‘Outros convênios’ apresentam maior concentração nas regiões de saúde que compõem a RMSP (tabela 2). Pode-se fazer a ponderação, também, da correlação encontrada na literatura de haver concentração tanto no âmbito territorial como

concentração em instituições e ampliação da formação de monopólios¹⁸.

Vale ressaltar que as despesas realizadas com ‘Convênios com as Santas Casas’ são bastante distribuídas pelo território, sendo direcionadas para 60 das 63 regiões de saúde do estado de São Paulo. Já os ‘Convênios com Organizações Sociais’ atingem 12 regiões de saúde, enquanto os ‘Convênios com faculdades sem fins lucrativos’ são direcionados para apenas seis regiões de saúde, sendo elas: Aquífero Guaraní, Marília, Polo Cuesta, São Paulo, Vale do Paraíba/Região Serrana e Região Metropolitana de Campinas. Destaque para esta última que recebe cerca de 66% do total das despesas com ‘Convênios com faculdades sem fins lucrativos’. Tais dados evidenciam a importância das instituições de ensino de medicina, sobretudo públicas, localizadas nos maiores polos regionais do estado, confirmando, assim, a tendência para a concentração dos repasses de recursos públicos de forma seletiva no território, conforme aponta Duarte²⁴.

Tabela 2. Gastos estaduais por região selecionada e tipos de despesas, no estado de São Paulo, período de 2010 a 2017

Despesas	Demais regiões		RMSP		Total Geral	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Contratos de Gestão com OSS	6.889,37	21,4	25.316,68	78,6	32.206,05	100,0
Tota I - Convênios	8.891,68	59,2	6.132,19	40,8	15.023,87	100,0
Convênios com OSS	1.824,99	72,6	687,41	27,4	2.512,40	100,0
Convênios com faculdades sem fins lucrativos	1.742,26	96,4	65,02	3,6	1.807,28	100,0
Convênios com as Santas Casas	2.448,01	72,4	935,39	27,6	3.383,40	100,0
Outros convênios	2.876,43	39,3	4.444,36	60,7	7.320,79	100,0

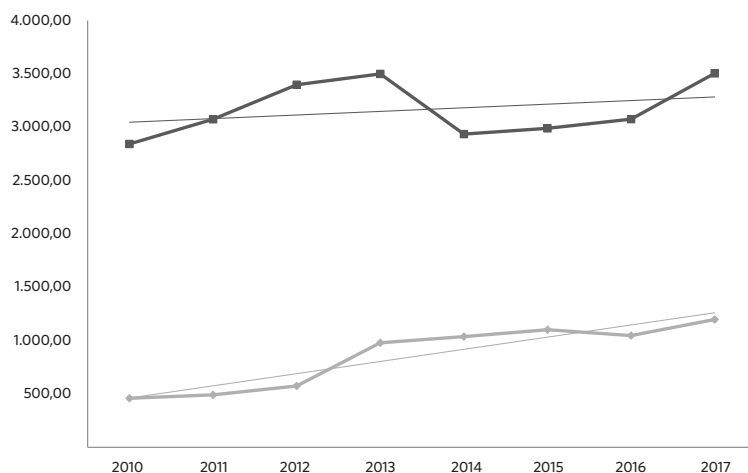
Fonte: Sigeo³³.

Nota: Em reais, dez/2017. Deflator IGP-DI-FGV.

Ainda que as despesas com ‘Contratos de Gestão com OSS’ estejam fortemente concentradas na RMSP, é digno de nota o aumento de participação dessas despesas nas demais regiões ao longo do período analisado. O gráfico 2 permite observar a maior tendência de crescimento das despesas com

‘Contratos de Gestão com OSS’ nas demais regiões, quando comparada à tendência de crescimento da RMSP. De fato, enquanto a taxa de crescimento dessas despesas na RMSP no período de 2010 a 2017 é de 2,7% ao ano, nas demais regiões é de 12,7% ao ano.

Gráfico 2. Gastos estaduais por tipos de despesas segundo regiões selecionadas e ano, no estado de São Paulo, período de 2010 a 2017



Fonte: Sigeo³³.

Nota: Em reais, dez/2017. Deflator IGP-DI-FGV.

Com relação às despesas com convênio, além do aumento real dos valores ao longo do tempo, foi possível observar uma mudança no perfil das instituições sem fins lucrativos contratadas. Enquanto, no início do período, os convênios eram realizados principalmente com OS, no final do período, ganham destaque as instituições classificadas como ‘Outros convênios’ e as ‘Santas Casas’. Por outro lado, ao mesmo tempo que as OS perdem relevância nas despesas com convênio, as OSS ampliam sua participação na execução orçamentária do estado por meio das despesas com contratos de gestão de instituições públicas.

Quanto à distribuição espacial das despesas analisadas, considerando o recorte territorial proposto, observa-se a forte concentração nas regiões de saúde que compõem a RMSP, resultado da grande concentração de importantes instituições privadas e públicas de saúde nesta região. É possível observar que a contratação de gestores privados para a gestão das instituições públicas caracteriza mais fortemente a mercantilização explícita da oferta de serviços da RMSP. As demais regiões têm maior participação relativa nas despesas com convênios,

ou seja, na contratação do setor privado como ofertante de serviços. No entanto, vale ressaltar que a maior tendência observada de crescimento das despesas com ‘Contratos de Gestão com OSS’ nas demais regiões pode indicar que está em curso um processo de espraiamento da lógica de contratação de gestão privada de instituições públicas rumo ao interior, conforme apontado em estudo realizado por Moraes et al.¹⁸.

Segundo informações disponíveis no Portal Financeiro do Gestor para o ano de 2017, é possível identificar 29 instituições qualificadas como OSS e contratadas pelo governo do estado de São Paulo para realizar a gestão de 111 unidades de saúde estaduais espalhadas no território paulista. Das 29 OSS, 12 têm sede na RMSP, sendo 10 no município de São Paulo, uma no município de Santo André e uma no município de Cotia. As 17 instituições restantes têm sede em 17 diferentes municípios localizados fora da RMSP.

Com relação às 111 unidades de saúde sob gestão das OSS, a maior parte é composta por AME (57), seguidos por hospitais (31) e demais unidades (23), conforme pode ser verificado

na *tabela 3*. No entanto, ao se considerarem os valores repassados, verifica-se a preponderância do hospital no direcionamento dos recursos, cujos contratos responderam por R\$ 3.366,60 milhões, sendo R\$ 830,20 milhões para a contratação de gestão de AME e R\$ 641,20 milhões direcionados para as demais unidades de saúde.

Assim, mesmo que o direcionamento de recursos públicos para a contratação de gestão privada para estabelecimentos hospitalares se mantenha conforme identificado por diferentes autores^{10,18,35}, observa-se a diversificação do perfil assistencial de estabelecimentos que vêm sendo submetidos ao modelo OSS.

Sobre a distribuição territorial, observa-se que dos R\$ 4,84 bilhões repassados em 2017, 72,6% são empregados na gestão de equipamentos localizados na RMSP. Tal fato se baseia,

sobretudo, na contratação de gestão privada para os hospitais públicos, bastante concentrados na RMSP (75,0%). Os recursos repassados para a contratação dos outros serviços de saúde também estão fortemente concentrados na RMSP (89,8%), cabendo ressaltar que isso resulta, em parte, da presença de estabelecimentos cujas atividades são estratégicas, conforme apontado por Moraes et al.¹⁸, como a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (Cross) e do Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (Ceadis), no município de São Paulo. Já os recursos para a contratualização dos AME estão mais distribuídos espacialmente (*tabela 3*), sugerindo que a expansão territorial do modelo OSS observada também venha acompanhada da diversificação do perfil assistencial do estabelecimento sob gestão privada.

Tabela 3. Unidades de saúde e valores repassados por região selecionada e tipo de serviços, no estado de São Paulo, 2017

Serviços	Demais Regiões			RMSP			Total		
	N	Valor	%	N	Valor	%	N	Valor	%
Total	72	1.324,90	27,4%	39	3.513,10	72,6%	111	4.838,00	100,0%
Hospital	19	840,20	25,0%	12	2.526,40	75,0%	31	3.366,60	100,0%
AME	43	419,40	50,5%	14	410,80	49,5%	57	830,20	100,0%
Outros	10	65,30	10,2%	13	575,90	89,8%	23	641,20	100,0%

Fonte: Portal Financeiro do Gestor³⁶.

As informações de 2017 retiradas do Portal Financeiro do Gestor permitem identificar os hospitais públicos localizados na RMSP como os principais serviços de saúde sob gestão privada quando se considera o volume de recursos repassados. No entanto, considerando a forte presença dos AME nas regiões de saúde fora da RMSP, junto com a tendência de crescimento das despesas com contratos de gestão nessas regiões, conforme visto, pode-se inferir que esteja ocorrendo fenômeno similar ao identificado na Alemanha e na Inglaterra. Segundo Ferreira e Mendes¹¹, se no início da década de 2000 são os hospitais públicos que passam para a gestão privada, já em meados da

década os governos criam novos mecanismos para possibilitar a mudança de gestão também no setor ambulatorial.

Considerações finais

O estudo em tela possibilita qualificar o processo de mercantilização empreendido pelo governo do estado de São Paulo ao longo do período 2010 a 2017, identificando como sua principal característica a contratação de gestão privada para a oferta de serviços. Observa-se que tanto as despesas com ‘Contratos de Gestão com OSS’ como as com ‘Convênios’

apresentam crescimento real, sendo que a primeira apresentou maior aumento quando comparada com a segunda, como explicitado. O gasto efetivado com ambas as despesas, no período analisado, correspondeu a 37,8% do orçamento, confirmando a existência de um intenso e crescente imbricamento entre empresas privadas e financiamento público na organização do sistema de saúde do estado de São Paulo, já amplamente identificado na literatura^{10,18,19,35}.

A análise territorial demonstrou que a contratação de gestão privada é um fenômeno característico da principal metrópole paulista, enquanto nas demais regiões prevalecem as despesas com contratação de instituições sem fins lucrativos para a oferta de serviços. No entanto, o estudo evidenciou o maior crescimento relativo das despesas com contratação de OSS para a gestão de serviços de saúde nas regiões não pertencentes à RMSP, indicando uma tendência de expansão territorial do modelo OSS, conforme apontada por Morais et al.¹⁸, que pode estar se concentrando nos principais polos econômicos regionais do estado afastados da metrópole paulista²⁴.

A análise das informações sugere que a expansão territorial identificada está acompanhada da diversificação no perfil assistencial da unidade de saúde sob gestão privada, sobretudo dos AME, confirmando a tendência de maior desconcentração espacial de atividades de menor complexidade²⁶. Cabe aqui, também, apontar que a interiorização da gestão privada dos AME pode significar uma estratégia de adequação territorial para manutenção, ou expansão, da rentabilidade das empresas privadas do setor saúde. Em outras palavras, tendo em conta a necessidade do setor privado de expandir seus espaços de valorização e que essa necessidade, no Brasil, passa pela estruturação de esquemas de subsídios cruzados¹⁰, a transferência do modelo OSS para centros urbanos menores e para serviços de menor complexidade é mister. Nessa perspectiva, seria esperado que

essa tendência de expansão do modelo OSS se aprofundasse, sobretudo para os principais polos econômicos do estado, conforme indicado por Duarte²⁴, mesmo que a eficiência desses arranjos não se comprovasse.

Este estudo reforça a afirmativa, encontrada na literatura, de uma intensificação do arranjo público-privado nas políticas de saúde no Brasil. Como indicado anteriormente, a articulação entre os setores públicos e privados se constitui de maneira endógena nas políticas públicas de saúde no Brasil, mantida e reforçada tanto na Constituição de 1988 como na Reforma da Administração Pública, de 1995. Esse processo de redimensionamento do setor público e do setor privado, com a constituição de novos arranjos institucionais, pode ser observado, também, em âmbito internacional.

Embora não fosse de escopo deste estudo, pontua-se a necessidade de se desenvolverem outras pesquisas aprofundando a análise desse redimensionamento público-privado e sua dinâmica, como também que seja avaliado o impacto dessa articulação na rede de assistência e no cuidado à saúde. A partir de estudos desse processo de mercantilização das políticas públicas de saúde em países europeus, autores indicam riscos de seleção de pacientes, com possível inequidade de acesso e prejuízos à universalização do sistema^{8,11,28}.

Colaboradores

Duarte LS (0000-0001-5822-9033)*, Leme Junior JA (0000-0003-3882-0963)*, Santos JA (0000-0002-4403-2165)*, contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Felipe LV (0000-0003-4871-8145)*, contribuiu para a análise e interpretação dos dados e elaboração do rascunho. Mendes AN (0000-0002-5632-4333)* contribuiu para a aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
3. Santos IS. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(6):2743-2752.
4. Santos JAA. Ampliação do Processo de Privatização da Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
5. Behring ER, Boschetti I. Política Social: fundamentos e história. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
6. Modenesi AM. Regimes Monetários: teorias e a experiência do real. Barueri: Manoli; 2015.
7. Bresser Pereira LC. A Reforma do Estado nos anos 1990: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova: Rev. de Cul e Pol.* 1998; (45):49-95.
8. Jonathan F, Giovanella L, Konder M, et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(8):e00034716.
9. Macedo ME, Alves AM. Reforma administrativa: o caso do Reino Unido. *Rev. Serv. Púb.* 2014; 48(3):62-83.
10. Pahim MLL. Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: Inserção Privada no SUS e Gestão Financeira do Modelo pela Secretaria de Estado da Saúde. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
11. Ferreira MRJ, Mendes NA. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(7):2159-2150.
12. Andreazzi MFS. Teias e trama: relações público-privadas no setor saúde. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2002.
13. Correia MV, Santos VM. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, et al., organizadoras. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rede Sirius; 2015. p. 33-9.
14. Pó MV. Institucionalidade e desafios da regulação na área da saúde no Brasil. In: Santos NR, Amarante PDC. Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2011. p. 243-266.
15. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Maio 2000.
16. Behring ER. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. São Paulo: Cortez; 2008.
17. Bodstein R, Souza RG. Relação público e privado no setor saúde: tendências e perspectivas na década de 90. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 289-309.
18. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(1):e00194916.
19. Donadone JC, Baggenstoss S. Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: Um estudo sobre as organizações sociais de saúde. *Temp. Soc.* 2017; 29(1):130-149.
20. Alcântara CM. Serviços sociais autônomos e a administração pública brasileira. *Revista de Direito Adm. Const.*, 2009; 37(9):175-197.

21. Leite AMGN. Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2014.
22. Mendonça LR, Machado Filho CAP. Governança nas organizações do terceiro setor: considerações teóricas. *Revista de Adm.* 2004; 39(4):302-308.
23. Pacheco HF, Gurgel Júnior GD, Santos FAS, et al. Las organizaciones sociales como modelo de gestión de la asistencia sanitaria en Pernambuco, Brasil: percepciones de los gestores. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):585-95.
24. Duarte LS. Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
25. Duarte LS, Mendes AN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde debate*. 2018; 42(116):25-37.
26. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(supl2):e00094618.
27. Thomson CR, Mckee M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy*. 2004; 67(3):281-291.
28. Maarse H. The Privatization of Health Care in Europe: Na Eight-Country Analysis. *J. Health Politic. Polic. Law*. 2006; 31(5):1014-982.
29. Mendes AN, Marques RM, Leite MG, et al. Financiamento da saúde: análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: Ipea; 1999. (Projeto BRA 97/03).
30. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*. 14 Set 2000.
31. Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 153/2007. A Comissão Intergestores Bipartite – SP, reunida em 19 de julho de 2007 referendou o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com respectivos colegiados regionais e os 17 DRS, enquanto macro-regiões com respectivas Comissões Intergestoras de abrangência macro-regional, conforme disposto no Anexo I. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 21 Set 2007.
32. São Paulo (estado). Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 4/2012. Considerando, a 50ª Reunião ordinária do Colegiado de Gestão Regional de Saúde do Alto Tietê, realizada em 06/12/2011, que aprovou a fusão da Região de Saúde do Alto Tietê e da Região de Saúde de Guarulhos. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 27 Jan 2012.
33. São Paulo (estado). Secretaria da Fazenda e Planejamento. Sistema de Informações Gerenciais da Execução Orçamentária (Sigeo). [internet]. [acesso em 2018 set 27]. Disponível em: <https://www.fazenda.sp.gov.br/Sigeo-Lei131/Paginas/FlexConsDespesa.aspx>.
34. European Commission. Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnership in Health Care Delivery across EU. Bruxelas: European Union; 2013.
35. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):2483-2495.
36. São Paulo (estado). Secretaria da Saúde. Portal Financeiro do Gestor. [internet]. [acesso em 2019 abr 2]. Disponível em: <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/>.

Recebido em 11/02/2020
Aprovado em 22/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A práxis desenvolvida no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em um município de São Paulo

The praxis developed in the Municipal Health Council in a large city in the state of São Paulo

Bárbara Alves dos Santos¹, Fernanda Bergamini Vicentine¹, Luana Pinho de Mesquita Lago¹, Wilson Mestriner Junior¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012703

RESUMO Os objetivos deste estudo foram caracterizar as modalidades de práxis desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e investigar o exercício do papel do conselheiro enquanto membro participativo da gestão pública. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, com coleta de dados em fontes primárias, por meio de questionários aplicado aos(as) conselheiros(as) de saúde, e secundárias, com análise das atas no período 2018-2019. Para análise dos dados, utilizaram-se a análise documental e o *software* IRaMuTeQ. Participaram deste estudo seis conselheiros, e foram analisadas 27 atas de reuniões. Embora o Conselho Municipal de Saúde se institua como espaço para o exercício do controle social, identificou-se falsificação de sua profecia inicial, uma vez que não houve entendimento do papel de conselheiros enquanto representante e sujeito político, observaram-se deliberações de baixo impacto, não houve estímulo da participação do cidadão, notou-se a utilização de um discurso técnico/científico como forma de estabelecer relações de subordinação, coerção de representantes pelo segmento governamental e uma participação pró-forma, reduzindo sua atuação à ocupação daquela cadeira. Entretanto, os Conselhos deveriam ser espaços ricos e potentes para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Democracia. Participação da comunidade. Conselhos de Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *This study aimed to characterize the praxis modalities developed by the Municipal Health Council of Ribeirão Preto and investigate the exercise of the role of the councilor as a participatory member of public management. It is characterized by a descriptive study with a qualitative approach with data collection and analysis from primary sources through questionnaires with a health counselor, and secondary sources, through analysis of the minutes in the period 2018-2019. For data analysis, we used a documentary analysis and the IRaMuTeQ software. Six counselors participated in this study and 27 minutes of meetings were analyzed. Although the Municipal Health Council is established as a space for the exercise of social control, falsification of its initial prophecy was identified, since there was no understanding of the role of counselors as a representative and political subject, low-impact deliberations were observed, there was no stimulus of citizen participation, the use of a technical/scientific discourse was noted as a way of establishing relationships of subordination, coercion of representatives by the governmental segment and a proforma participation, reducing their performance to the occupation of that chair. However, councils should be rich and powerful spaces for the implementation of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Democracy. Community participation. Health Councils. Unified Health System. Public health.*

¹Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
barbaraalves.fono@gmail.com



Introdução

Contexto histórico

A democratização da saúde no Brasil tem seus primórdios em meados dos anos 1970, no cenário da Reforma Sanitária, um movimento que almejou a criação de um sistema nacional de saúde público, participativo, descentralizado e de qualidade^{1,2}. Esse cenário brasileiro estava em consonância com um movimento internacional que também orientava a ressignificação da assistência à saúde. Um marco do movimento, no mundo e no Brasil, foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata, em 1978, que reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, trazendo uma visão crítica ao modelo biomédico e destacando essa reforma como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades³. Alguns anos depois, em 1986, ocorreu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco na história das políticas de saúde brasileira⁴.

A participação popular na elaboração de políticas públicas se faz então primordial, sendo que a “saúde não deve ser feita em um processo ‘sobre’ e ‘para’ o povo, mas deve ser construída ‘pelo’ e ‘com’ o povo”⁵⁽²³²⁾. Nessa perspectiva, encontram-se nos Conselhos de Saúde espaços nos quais a participação na definição, na execução e no acompanhamento de políticas públicas se tornariam possíveis⁶. Considerando a instituição legal dos Conselhos, é possível destacar dois tipos de poderes exercidos, muitas vezes de forma sobreposta e conjunta, sendo eles: o poder político, este que decorre diretamente da representatividade; e o poder decisório, conferido pela lei⁷. É importante reconhecê-los para que a razão de ser do Conselho possa ser compreendida e apreendida pelos atores envolvidos nesse contexto. Ressalta-se que o conceito de participação popular aqui concebido se

alicerça na definição de que, na atual política de saúde brasileira, é na própria participação da sociedade que se dá o controle social, sendo, portanto, conceitos associados⁶.

O termo controle social apresenta diferentes significados, a depender do momento histórico e da teoria social que está sendo utilizada. Em Gramsci, citado por Matos e Ferreira⁸, encontra-se a proposta de uma relação orgânica e dialética entre sociedade civil e sociedade política (Estado), uma vez que a real disputa ocorre entre as classes sociais pela hegemonia tanto na sociedade civil como no Estado, sendo essa disputa chamada de controle social, ou seja, ele é balizado por uma correlação dinâmica de forças. Agregam-se sobre essa temática as reflexões realizadas por Santos, Lucas e Vargas⁴, que se referem à participação enquanto uma conquista da sociedade, e, portanto, não está dada, ela ocorre de maneira contínua e processual. Dessa forma, tem-se que esses movimentos não só se organizam para reivindicar demandas perante o Estado, mas também para tensionar transformações do sistema socioeconômico. O controle social está ligado ao pensamento de Estado ampliado, que vislumbra essa relação orgânica e de disputa por hegemonia e sobre a possibilidade de este ser controlado pelos mais diversos grupos sociais que conflitam na sociedade^{4,8}. Na saúde pública, ainda se pode encontrar outros termos para se referir a essa questão, como: participação social, participação popular, participação cidadã, participação da comunidade, entre outros^{1,2,4}.

Para tentar se estabelecer de forma efetiva na sociedade, foi necessária a criação de artifícios legais que subsidiassem a participação popular na gestão pública. Esse espaço foi considerado no anteprojeto da Constituição, mas foi retirado do texto original, sendo essa temática retomada apenas na segunda Lei Orgânica da Saúde⁷. Na Lei nº 8.142/90, os Conselhos de Saúde podem ser definidos como: espaços colegiados de caráter permanente e deliberativo, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. A participação representativa se dá de forma

paritária e é composta por profissionais da saúde (25%), gestores (25%) e usuários (50%)⁹.

O Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (CMS-RP) foi criado pela Lei nº 5.972, de 23 de abril de 1991¹⁰, regulamentando a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A lei original foi alterada pela Lei nº 12.929, de 17 de dezembro de 2012¹¹, e teve como uma das alterações principais a eleição do presidente do Conselho pelo plenário, função ocupada até então exclusivamente pelo secretário municipal de saúde. Essa modificação está em consonância com a proposta eleita na XII Conferência Nacional de Saúde¹².

Atualmente, o CMS possui a seguinte organização: Plenário, composto por 32 cadeiras de titular e o mesmo número de suplentes (quadro 1); Comissão Municipal de Saúde (Comsaúde) – integrada por conselheiros titulares eleitos pelo plenário por maioria qualificada de votos, que atua como instância executiva do CMS e realiza a seleção de pautas que serão discutidas nas reuniões do Conselho; poderá contar ainda com Grupos de Trabalhos e Comissões que fornecerão subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica¹¹. O CMS contempla a realização de 12 reuniões ordinárias por ano e reuniões extraordinárias, quando necessário, abertas ao público.

Quadro 1. Composição do CMS de Ribeirão Preto, gestão 2018-2020

Categoria	Composição
Usuários do SUS	1 representante titular e 1 suplente do Sindicato e Associações de trabalhadores, não relacionados com a área da saúde; 1 representante titular e 1 suplente dos Movimentos Populares da área da saúde; 1 representante titular da Entidade de portadores de patologias ou deficiências; 1 representante titular e 1 suplente da Federação das Associações de Bairros de Ribeirão Preto (Fabarp); 5 representantes titulares e 5 suplentes das Associações de Bairro e de Moradores de Ribeirão Preto; 5 representantes titulares dos Conselhos Locais de Saúde; 1 representante titular do Sindicato e Associações Patronais; 1 representante titular dos Sindicatos e Associações de Profissionais Liberais e Trabalhadores Autônomos.
Trabalhadores da saúde	1 representante titular e 1 suplente do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Ribeirão Preto; 1 representante titular do Sindicato e Associação representativos dos demais trabalhadores de saúde; 1 representante titular e 1 suplente do Centro Médico de Ribeirão Preto; 1 representante titular e 1 suplente dos Sindicatos e Associações professores de saúde de nível universitário; 1 representante titular dos Conselhos de Fiscalização do exercício profissionais da área da saúde; 3 representantes titulares dos Conselhos Locais de Saúde em atividade.
Prestadores de serviço	1 representante titular e 1 suplente Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP; 1 representante titular e 1 suplente dos Cursos Universitários da Área da Saúde; 1 representante titular das Entidades Filantrópicas, beneficentes ou sem fins lucrativos (SUS); 1 representante titular das Sociedades e empresas privadas prestadoras de serviços ao SUS.
Representantes do governo	1 representante titular e 1 suplente da Secretaria Municipal da Saúde; Secretário Municipal da Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base em informações fornecidas pelos participantes da pesquisa.

Profecia inicial versus práxis exercida pelo CMS

O termo profecia inicial é utilizado no contexto da Análise Institucional (AI) para definir o objetivo que justifica a fundação de uma instituição, ao mesmo tempo que a instituição sobrevive negando sua profecia¹³. Esse conceito embasa a observação e a discussão sobre a dinâmica do CMS desde o momento de sua fundação. Dessa maneira, entende-se que a participação deveria ocorrer de forma que os conselheiros pudessem expor as ideias coletivas pertinentes à sua representatividade, assim como na participação ativa e eficaz na gestão pública da saúde. Cabe destacar que a instituição CMS é atravessada constantemente por outras instituições, como a instituição Estado, e que o uso de dispositivos de análise de práticas profissionais poderia contribuir para o reconhecimento de seu papel, de suas necessidades e de resgate dos objetivos de sua prática social^{13,14}.

Já o conceito de práxis é colocado para representar o processo resultante do contínuo movimento entre teoria e prática, que produz conhecimento, revoluciona o que está dado e, dessa maneira, promove mudanças na realidade¹⁵. Propôs-se a análise da práxis por acreditar que o papel do conselheiro de saúde vai além à sua representação, sendo que, na práxis social: “os sujeitos agrupados aspiram mudar o que está cristalizado nas relações econômicas, políticas e sociais”¹⁶⁽³³¹⁾.

Para a AI, toda a instituição sobrevive a partir da falsificação de sua profecia, ou da traição dos objetivos pelos quais foram criadas¹⁷. Uma vez que a instituição está fundada, existem fatores, micro e macropolíticos, que contribuem para que sua profecia inicial seja traída, deturpando sua razão de ser e, dessa maneira, corrompendo a práxis exercida nesse contexto. Esse movimento é caracterizado como efeito Mühlmann:

O sacrifício é imposto pela pressão de outras instituições e, eventualmente, pela pressão

direta do Estado e da classe dominante, desejosos de fazer entrar em suas fileiras, transformando-as em ‘matéria social’ de troca, as forças instituintes do movimento oposicionista (ideias, temas formulados pelo movimento)¹⁷⁽⁶⁾.

Com base nessas premissas iniciais e salientando a importância da participação social no contexto de elaboração das políticas públicas, entende-se que são necessários mais estudos que se proponham a analisar os CMS^{6,18}. Assim, os objetivos deste estudo foram caracterizar as modalidades de práxis desenvolvidas pelo CMS-RP e investigar o exercício do papel do conselheiro enquanto membro participativo da gestão pública.

Material e métodos

Caracteriza-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa¹⁹, que buscou explorar o contexto, o sentido e o significado das práticas no Conselho Municipal de Saúde, e a realização de análise documental²⁰. O município estudado localiza-se no interior do estado de São Paulo, conta com uma população estimada de 703.293, dado de 2019²¹; possui ampla atividade econômica, cultural, estudantil. Seu território é subdividido em cinco distritos de saúde (central, leste, oeste, norte e sul), nos quais estão distribuídas 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 Unidades de Saúde da Família (USF), três UBS com especialidades, quatro Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS – Pronto atendimento e especialidades) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de outros equipamentos sociais²². Em relação aos Conselhos, Ribeirão Preto conta com um CMS e oito Conselhos Locais de Saúde (CLS) em vigor²³.

Para a coleta dos dados primários, utilizou-se um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores, enviado por meio eletrônico aos conselheiros. O convite para participar da pesquisa foi feito presencialmente, durante duas reuniões do Conselho, e por e-mail, por

duas vezes, com prazo para resposta de até um mês. Os pesquisadores se colocaram à disposição para um encontro presencial caso algum conselheiro possuísse dificuldade para acessar os meios eletrônicos. Como critério de inclusão, considerou-se o/a conselheiro/a que ocupa uma cadeira no CMS-RP, sendo titular ou suplente, e sua concordância em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para critério de exclusão, consideraram-se todos aqueles não pertencentes ao CMS, enquanto conselheiros, e a recusa em participar do estudo.

As fontes secundárias de dados foram constituídas pelas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, disponibilizadas no *site* da Prefeitura Municipal²⁴. Utilizou-se como critério para seleção o período da atual gestão, de 2018 a 2019. Foram considerados: o número médio de participantes e a média de duração de cada reunião; os segmentos que participaram, realizando intervenções propositivas ou não; os segmentos responsáveis pela apresentação das pautas; os principais documentos subsidiários utilizados e discutidos em cada reunião; e as ações e instrumentos fiscalizadores instituídos. Para análise dos dados, utilizaram-se o referencial de Análise Documental de Lüdke e André²⁰ e Pimentel²⁵ e a ferramenta IRaMuTeQ, um *software* gratuito que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais, sendo para este estudo selecionadas duas formas de análises: lexicografia básica e análise de similitude²⁶. Foram selecionadas de cada grupo as palavras mais prevalentes e reagrupadas de acordo com a temática trazida em cada questão. Dessa maneira, foram possíveis a realização de agrupamentos e a definição de categorias por meio da averiguação de relações entre a informação e sua associação a um determinado núcleo de sentido. Após a realização de ambas as análises, foi realizado um comparativo entre os achados dos questionários e das respectivas atas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto, sob o protocolo

número CAAE nº 13604219.8.0000 – parecer nº 3.361.091, e os princípios éticos foram cumpridos como preconizado na Declaração de Helsinki (1964).

Resultados e discussão

Dos conselheiros que atualmente compõem o CMS (29 titulares e 12 suplentes), seis responderam ao questionário. Destes, cinco eram do gênero feminino e um era do gênero masculino, com média de idade de 50 anos; todos com grau de formação superior completo. Dois participantes estão em seu segundo mandato, um é aposentado e apenas um integra a Comsaúde. Em relação ao segmento de representação: três usuários e três trabalhadores. Não houve resposta dos que representassem a gestão. Não foram aprofundadas questões que pudessem dar conta de responder a respeito da parcela de conselheiros que se recusou a participar deste estudo, entretanto, os pesquisadores sentiram certa resistência por parte de algumas lideranças que compõem o corpo do CMS ao apresentarem presencialmente a proposta deste estudo.

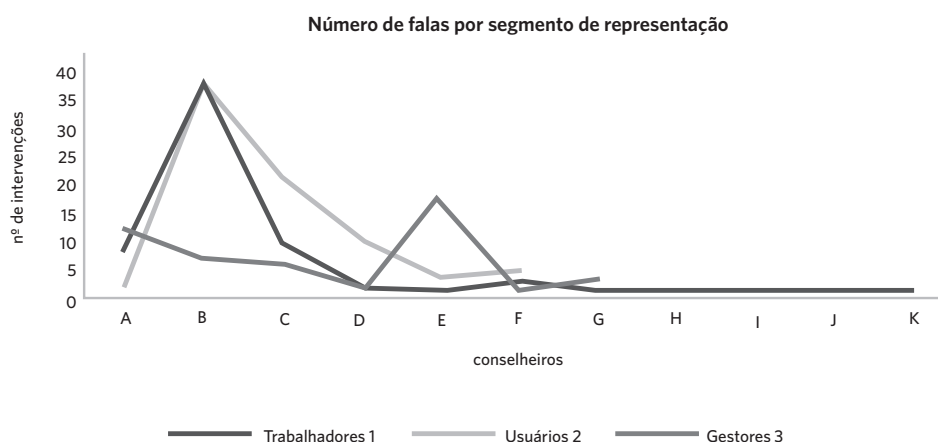
As respostas dos questionários foram alocadas em quatro núcleos de sentido, sendo: Grupo 1 – Papel do Conselheiro de Saúde; Grupo 2 – Ações facilitadoras e Ações dificultadoras; Grupo 3 – Atuação do CMS; e Grupo 4 – Relevância do Conselheiro de Saúde.

No período estudado, foram realizadas 27 reuniões, sendo 23 reuniões ordinárias e 5 reuniões extraordinárias, considerando os meses de fevereiro/2018 a dezembro/2019. A média de presentes foi de 19 conselheiros por reunião, com tempo médio de duração de uma hora e dois minutos. Os segmentos apresentaram a seguinte participação em relação ao número de falas: dos 8 representantes dos trabalhadores, apenas 6 realizaram colocações, totalizando 80 falas, destas, 37 falas pertenceram ao conselheiro B1, ou seja, 46% das falas; dos 16 representantes de usuários, apenas 11 realizaram colocações, totalizando 67 falas, destas, 38 falas (56%) pertenceram ao

conselheiro B2; e todos os representantes do segmento de gestores participaram ativamente, totalizando 48 falas, sendo que, destas, 17 falas (35%) pertenceram ao conselheiro E3. É importante salientar que as participações aqui apresentadas se referem às falas em momentos de discussões de pautas, sendo,

principalmente: esclarecimentos e contra-posições. No gráfico 1 abaixo, apresenta-se a participação dos conselheiros por segmento, sendo os Trabalhadores representados pelo número 1 (A1, B1, C1...); os usuários, pelo número 2 (A2, B2, C2...); e os gestores, pelo número 3 (A3, B3, C3...).

Gráfico 1. Participação por segmento de representação



Fonte: Elaboração própria.

Por meio desta análise, observou-se uma assimetria na participação dos segmentos, sendo o segmento de usuários proporcionalmente menos ativo em relação aos demais. Esses achados também corroboram a literatura, reforçando que a participação dos conselheiros é marcada por relações de poder instituídas, até mesmo dentro do próprio segmento, fato que colabora para a reduzida participação, ou ainda sobre a possível falta de esclarecimento sobre seu papel no Conselho, gerando uma participação pró-forma ou, inclusive, um ato de representação, reduzindo sua atuação à ocupação daquela cadeira^{6,27}.

Segundo Paiva, Van Stralen e Costa:

É atribuído um caráter de maior legitimidade aos detentores de um conhecimento sistematizado e, conseqüentemente, com maior autoridade

para direcionar e decidir sobre diferentes questões [...] em especial, no campo da saúde, esta situação pode ser observada nas relações que se estabelecem entre profissionais (detentores de um saber especializado) e usuários, por onde são estabelecidas hierarquias de saber, atribuindo ao discurso profissional/especializado maior legitimidade²⁸⁽⁴⁹²⁾.

Essa legitimidade que permeia as relações nesse espaço do CMS advém da construção sociocultural de valorização do discurso técnico-científico, adicionando barreiras invisíveis à participação ativa daqueles que, socialmente, não se apropriam desse discurso. Essa ideia pode ser completada por um estudo realizado por Ferreira, que traz a análise do discurso em Foucault, e este afirma que: o discurso, portanto, é resultado de uma relação de poder²⁹⁽¹⁵⁾; e

completando com a citação de Wendhausen: “Las relaciones de poder en los Consejos son el resultado de varios «saberes y poderes» que lo atraviesan y no sólo del derecho de participar”³⁰⁽⁶⁹⁸⁾. Dessa maneira, a disparidade no número de participações, vista sob essa ótica, pode ser explicada pelo fato de que alguns discursos são mais aceitos em detrimentos de outros, fazendo com que apenas uma parcela dos conselheiros sinta confiança para participação. Outros entraves possíveis ao exercício do papel de conselheiro se devem à “falta de entendimento sobre o próprio papel, condições socioeconômicas dos conselheiros, interesses políticos e falta de comprometimento”⁶⁽²⁰⁴⁾.

Nos achados do Grupo 4, encontrou-se que os conselheiros reconhecem a importância da sua participação e se reconhecem como atores importantes. Destacam-se como pontos positivos: participação, transmissão, canal de comunicação, representação. Seguem exemplos de algumas colocações:

Como minha profissão já possibilita maior contato com a população, eu ocupando o lugar de conselheira é um facilitador para transmitir as necessidades da população. Sou um canal para comunicação direta com o Conselho Municipal. (Conselheiro representante do segmento dos trabalhadores).

Nossa participação se reveste de grande responsabilidade em defesa da saúde e da vida. Temos a convicção que representamos muitos rostos e vozes [...]. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

No entanto, observa-se que, nos pontos críticos apresentados, há correspondência com a literatura, na qual, por mais que se reconheça sua importância enquanto participante, se não houver pleno entendimento de seu papel político, torna-se uma representação falha. Destacam-se como pontos críticos a efetividade e a participação, demonstrados a seguir na fala apontada:

[...] a participação das representações dos usuários é pífia e cooptada. Na condição de suplente, tenho

direito à voz, o que não significa efetividade se não houver sinergia entre as representações dos usuários para pautas afetas ao segmento e para os enfrentamentos a serem feitos com as outras partes. Meu par, sequer discutiu alguma pauta de reunião comigo e votou a favor de todas as proposições do Executivo sem nenhum questionamento. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

Na questão da proposição e apresentação de pautas, os representantes de gestores foram os principais proponentes, o realizando 46 vezes, relativas ao planejamento e financiamento do sistema de saúde, como: Relatório Anual de Gestão 2017; Apresentação e deliberação sobre o Plano Municipal de Saúde 2018; Apresentação dos Contratos de Gestão UPA, UBDS Central e UBDS Quintino II; Deliberação sobre Programação Anual de Saúde (PAS) 2018, entre outras. Seguido pelo segmento de usuários, 45 vezes, destas, 30 pautas foram apresentadas pelo próprio presidente do CMS. Foi possível observar que a maioria das pautas se tratava da organização interna do próprio Conselho e de ações para fiscalização, como: Regulamentação da participação de conselheiro suplente nas reuniões ordinárias e extraordinárias; Exclusão de membros conselheiros por irregularidades; Sistematização de horário para envio de solicitação de pautas para a Comsaúde; Indicação de representantes para a Composição do Comitê de Ética em Pesquisa; Criação de comissão de acompanhamento das obras da saúde; Formação de Comissão Interna do Conselho Municipal de Saúde para análise criteriosa dos contratos de gestão; Discussão sobre Absenteísmo na Rede.

O segmento de trabalhadores propôs 19 pautas, tendo como temática principal a organização da rede, bem como ações de fiscalização. Citam-se como exemplos: Discussão e deliberação sobre as políticas de saúde que envolva as modificações da organização da rede de saúde do distrito central ou de mudança do escopo de atendimento das unidades do distrito central;

Sistematização da eleição dos CLS; Criação de página do CMS-RP no Facebook®; Dispensação de medicamentos; Integração dos sistemas; Atendimento especializado em odontologia no Centro Especializado de Odontologia (CEO); Adequar recursos humanos; Indicação de membros do CMS para compor Comissão Eleitoral da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist).

Qualitativamente, observou-se que as pautas relativas à fiscalização e controle, quando propostas pelo segmento dos usuários, resultaram na criação de comissões específicas para posterior discussão, enquanto as levadas pelo segmento dos trabalhadores foram discutidas em reunião com todo o plenário. Após a criação dessas comissões, não houve devolutiva, até o momento, ao plenário sobre as conclusões e as ações que poderiam ser realizadas, sendo, portanto, resultado de deliberações de baixo impacto³¹ ou podendo ser entendidas como uma forma de cercear a participação dos usuários. O fato de o segmento de gestores ser o principal proponente de pautas pode apontar para uma negação ou falsificação da profecia inicial, pois, ao invés das questões partirem da população, para levar suas demandas, partem de representantes do governo usando o CMS para validar suas decisões. Dessa forma, o CMS funciona apenas formalmente, para cumprir a exigência legal^{6,27}. Esse fato pode ser reforçado pela leitura das atas, nas quais no momento das apresentações das pautas da gestão pouco se discute, ocorrendo diversas vezes apenas apresentação e aprovação por unanimidade da proposta. Isso é comprovado nos relatos de dois conselheiros – Grupo 2:

[...] a presidência e a secretaria são orientadas pelo Executivo, o que dificulta qualquer discussão que não siga na direção dos objetivos da atual gestão. [...] Há um 'rumor' de liberdade de expressão e transparência que ecoa apenas em alguns ouvidos, decisões difíceis que deveriam acontecer com discussão são 'pré-decididas', num corporativismo institucional deslavado. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

[...] falta de empenho efetivo da gestão em relação ao estímulo à participação social nos seguintes quesitos: implementação de novos CLS, renovação das eleições dos CLS que estão vencidas, obstrução da aprovação da proposta de minuta de regimento dos CLS [...]. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

Ainda como resultado das análises do Grupo 2, pode-se notar que os conselheiros reconhecem ser uma gestão que favorece a comunicação, acolhe reivindicações, proporciona momentos de fala e propõe estratégias, como indicado na resposta dos conselheiros:

Considero este ano bastante proveitoso em relação as antigas reivindicações, houve aumento da equipe de saúde rural onde fomos contemplados com um auxiliar de enfermagem; um dentista; um auxiliar bucal e um enfermeiro atuante nas questões epidemiológicas. (Conselheiro representante dos trabalhadores).

Presidente vem pensando em estratégias de apoio externo de economistas ou até mesmo contadores, com o objetivo de maior detalhamento possível dos documentos apresentados. (Conselheiro representante dos usuários).

Entretanto, a palavra 'fala' foi associada a uma ação dificultadora, uma vez que o Conselho deveria se configurar como local primário para acolher demandas e propiciar a participação da comunidade³². Esse fato é explicado pelo relato de dois conselheiros:

[...] falta de empenho efetivo da gestão em relação ao estímulo à participação social [...] não permissão de fala de pessoas que não são conselheiras durante as discussões de pauta (só é permitida a fala ao final das reuniões). (Conselheiro representante dos usuários).

[...] a população poder falar, apenas ao final das reuniões. (Conselheiro representante dos trabalhadores).

A proposta de que falas de não conselheiros devem ser realizadas apenas ao final da reunião foi levada por um representante dos usuários, no ano de 2018, sendo aprovada com 13 votos favoráveis, 1 contrário e 2 abstenções. Não foi realizada análise retrospectiva de outras gestões para que se pudesse comparar a participação social antes e após a instituição desse item ao regimento interno; no entanto, houve participação ativa de não conselheiros apenas em três reuniões.

Em relação aos Grupos 1 e 3 do questionário, realizou-se o comparativo com os achados nas atas, referentes aos documentos levados às reuniões para apreciação e deliberação e as ações fiscalizatórias instituídas. Identificaram-se os seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde; Prestação de Contas; Programação Anual de Saúde; Regimento Interno; Decretos; Emendas Parlamentares e Ofícios; Sispacto 2018/2019; Relatório Anual de Gestão e Contratos de Gestão; criação da Comissão de Acompanhamento das Obras da Saúde. Dentre as ações fiscalizatórias, destacam-se: integração em Comitês de Ética, e acompanhamento de Convênios e obras e dos CLS.

Trazendo à luz a análise referente ao Grupo 1 do questionário, observou-se que os conselheiros identificaram como ações presentes em seu cotidiano, principalmente: acompanhar, avaliar, supervisionar, discutir, participar, dar voz e gerir. Exemplificado em algumas falas:

[...] sendo ainda fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade. (Conselheiro representante do segmento de trabalhadores).

[...] acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do sus estimulando a participação da sociedade na gestão. (Conselheiro representante do segmento de trabalhadores).

Acompanhar as atividades do Executivo e Legislativo no que tange ao setor Saúde em Ribeirão Preto. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

Reforça-se a questão de que são realizadas poucas devolutivas ao plenário em relação às ações de fiscalização do funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que, durante as reuniões, são criadas comissões responsáveis por essas ações; contudo, não são apresentados resultados delas. Portanto, apesar de haver a caracterização dessa ação como rotineira, diante desse cenário, avalia-se que pode se tratar de uma questão de mera formalidade, uma vez que essas ações são preconizadas por leis e outros documentos, reforçando, assim, o caráter performativo de participação e atuação do CMS⁶.

Em relação aos documentos apresentados e discutidos em reunião e às respostas apresentadas no Grupo 3, nota-se um contraste entre o que foi trazido pelos conselheiros e o que, de fato, foi às reuniões. Destaque para a fala de dois conselheiros:

Os documentos que fazem parte da rotina são o regimento interno e o código de conduta. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

[...] o único documento que se recebe frequentemente é a pauta das reuniões, com cinco dias úteis de antecedência, e anexos caso haja alguma documentação a ser apreciada. Tempo bastante exíguo para se fazer apreciação, entender, questionar e elaborar parecer consubstanciado, quando necessário. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

Apenas dois conselheiros citaram os outros documentos que também foram apresentados em reunião; e salienta-se que não foi em todas as reuniões que houve debates e discussões aprofundadas acerca das documentações, sendo isso sinalizado na colocação de um conselheiro:

[...] foi solicitado ao Executivo que enviasse o Relatório Anual de Gestão-RAG com maior tempo para os devidos procedimentos de avaliação. A resposta do Presidente foi de que 'o prazo regimental de 5 dias antes da reunião do CMS estava sendo

cumprido'. Não houve nenhuma discussão ou interpelação àquelas palavras, assim como nenhuma discussão sobre a RAG, apenas sua aprovação. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

Na discussão desses achados, a Lei Complementar nº 141/2012³³ e a Resolução nº 453/2012³⁴ fazem referência à necessidade de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle – a obrigatoriedade de encaminhamento e apresentação ao CMS de documentações como: Relatório Quadrimestral e Relatório Anual de Gestão (RAG); além de estabelecer prazos para que isso aconteça. Observa-se que, apesar desses documentos terem sido levados às reuniões, apenas o RAG foi citado. Dessa maneira, pode-se inferir que o fato de não haver discussões profícuas em relação a esses documentos faz com que muitos conselheiros não os reconheçam como importantes instrumentos de acompanhamento da rotina de apreciação do CMS. Em complementação, a resolução, que estabelece diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, traz que “a pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias”³³⁽⁴⁾, contrapondo ao prazo regimental de 5 dias exposto por uma das falas e contemplado pelo Regimento Interno do CMS. É possível notar que essa assimetria entre o que é apresentado em reunião e o que os conselheiros são capazes de identificar em sua rotina é mais um item de confirmação da deturpação da profecia inicial desse CMS, de forma que a práxis exercida no Conselho se tornou falha.

Considerações finais

Colocando em pauta o processo de organização do CMS e o papel exercido pelos conselheiros, infere-se que, embora o CMS-RP se institua como espaço para o exercício do controle social, encontram-se alguns pontos críticos, que provocam a falsificação de sua profecia

inicial, como: o entendimento de conselheiros que compreendem de maneiras diversas e até divergentes o seu papel enquanto representante e sujeito político; a existência de fragilidades em relação aos efeitos reais em termos de instância propositiva para elaboração de políticas públicas, com deliberações de baixo impacto³¹; o não estímulo da participação do cidadão individual, apontando fragilidades na representação organizacional⁵; a participação dos conselheiros é marcada por relações de poder instituídas, principalmente, na utilização de um discurso técnico-científico como forma de estabelecer relações de subordinação; a coerção de representantes pelo segmento governamental e uma participação pró-forma, reduzindo sua atuação à ocupação daquela cadeira.

Para tanto, traz-se a importância da retomada de seu objetivo inicial de criação, que é se entende ser a efetiva participação popular na formulação, condução e fiscalização das políticas de saúde e um espaço de voz e de acolhimento das demandas coletivas, e, assim, proporcione a melhoria na relação assimétrica, na qual todos os conselheiros se valerão de pontos de partida semelhantes, facilitando o processo participativo e apropriação de seus lugares de fala. É importante salientar que a ocupação desse espaço seja feita por pessoas que estejam envolvidas na sustentação e defesa do SUS, amenizando, dessa forma, a participação com viés partidarista e estritamente pessoal, pois “o poder político decorre diretamente da representatividade”⁷⁽²¹⁾. Assim, uma vez tomados pela instituição, e nela implicados, os conselheiros reproduzem práticas institucionais, e a análise coletiva de suas implicações profissionais poderia indicar caminhos para o resgate da profecia inicial³⁵. Propõe-se ainda que possa existir o espaço para que se façam possíveis momentos de autoanálise e cogestão e se traga à tona a razão de ser desse espaço e dos papéis desempenhados por cada integrante.

Reconhecem-se os Conselhos de Saúde como espaços ricos e potentes para manutenção de melhorias sociais e construção de serviços públicos eficazes e de qualidade, sendo, ainda,

marca importante da democracia, que, atualmente, caminha em solos frágeis e incertos.

Colaboradores

Santos BA (0000-0002-4739-2879)* contribuiu para concepção, planejamento, análise

e interpretação dos dados. Mestriner Junior W (0000-0003-2202-388X)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo e análise dos resultados do trabalho. Vicentine FB (0000-0002-7590-7761)* e Lago LPM (0000-0002-9863-3062) contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Souza CMN, Heller L. O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 5]; 24(1):285-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100285.
2. Ilibio MB, Vieira RS. Controle Social na Saúde: Análise do tratamento dado à participação popular a partir das Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição de 1988. *Rev. de Direitos Soc. Polític. Públi.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 5]; 3(1):78-100. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadsp/article/view/1937/pdf>.
3. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 5]; 40(108):204-218. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>.
4. Santos SF, Vargas AMD, Lucas SD. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. *Saúde Soc.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 23]; 20(2):483-495. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200019.
5. Vieira RS, Hijaz TF. A participação popular em saúde: uma análise das leis orgânicas dos municípios da região de Carbonífera – Santa Catarina. *Holos*. [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 23]; 34(5). Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4064/pdf>.
6. Magalhães FG, Xavier WS. Social Control in participatory process: a case study of the Municipal Health Council in Juiz De Fora (MG). *REAd. Rev. eletrôn. adm. Porto Alegre* [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 23]; 25(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/read/v25n1/1413-2311-read-25-01-179.pdf>.
7. Antonietto ALG. Contornos político-jurídicos do poder decisório dos conselhos populares: análise após 30 anos da Assembleia Nacional Constituinte. [dissertação] [internet]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2017. 149 p. [acesso em 2019 abr 5]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/107/107131/tde-04022019-093606/publico/AndreLGAntoniettoCorrigida.pdf>.
8. Matos TCC, Ferreira MAM. Participação e controle social no Brasil recente. *Em Pauta* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 5]; 35(13):65-79. Disponível em:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/18622/1359211>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Dez 1990.
 10. Ribeirão Preto. Município. Lei nº 5972, de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto e dá outras providências [internet]. 1991 [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/r/ribeirao-preto/lei-ordinaria/1991/597/5972/lei-ordinaria-n-5972-1991-dispoe-sobre-a-participacao-da-comunidade-na-gestao-do-sistema-unico-de-saude-em-ribeirao-preto-e-da-outras-providencias>.
 11. Ribeirão Preto. Município. Lei nº 12.929, de 17 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto [internet]. 2012 [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/r/ribeirao-preto/lei-ordinaria/2012/1292/12929/lei-ordinaria-n-12929-2012-dispoe-sobre-a-participacao-da-comunidade-na-gestao-do-sistema-unico-de-saude-em-ribeirao-preto>.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS [internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 28 p. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/conseelhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf.
 13. Dobies DV, L'abbate S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. Saúde debate. Rio de Janeiro [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 24]; 40(110):120-133.
 14. Lago LM, Matumoto S, Silva SS, et al. Analysis of professional practices as a multiprofessional residency education tool. Interface (Botucatu) [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 30]; 22(supl2):1625-34.
 15. Kuenzer AZ. Competência como Práxis: os Dilemas da Relação entre Teoria e Prática na Educação dos Trabalhadores. Senac J. Educ. Work. [internet]. 2003 [acesso em 2019 mar 30]; 29(1). Disponível em: https://servicos.educacao.rs.gov.br/dados/seminariointernacional/acacia_kuenzer_competencia_praxis.pdf.
 16. Mayoral P, Rosa M. A filosofia da práxis segundo Adolfo Sánchez Vázquez [internet]. Buenos Aires: Clacso; 2007 [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacion-virtual/20100715081602/cap13.pdf>.
 17. Hess R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. Mnemosine [internet]. 2007 [acesso em 2020 fev 22]; 3(2):148-163. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41326>.
 18. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2019 abr 23]; 15(5):2437-2445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500018&script=sci_abstract&tlng=pt.
 19. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 20. Ludke M, André MEDA. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: Ludke M, André MEDA, organizadores. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. p. 25-44.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades São Paulo/Ribeirão Preto [internet]. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>.
 22. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 201-2017 [internet]. 2013. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2014-2017.pdf>

23. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Relação dos Conselhos Locais de Saúde em Ribeirão Preto – SP [internet]. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/re-la-com-locais.pdf>.
24. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto [internet]. [acesso em 2020 mar 23]. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>.
25. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad. Pesquisa [internet]*. 2001 [acesso em 2020 fev 22]; (114):179-195. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>.
26. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. *Temas psicol. [internet]*. 2013 [acesso em 2020 mar 23]; 21(2):513-518. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>.
27. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis [internet]*. 2011 [acesso em 2019 jun 20]; 21(3):1121-1138. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/19.pdf>.
28. Paiva FS, Van Stralen J, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc. saúde Colet. Rio de Janeiro [internet]*. 2014 [acesso em 2019 abr 5]; 19(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00487.pdf>.
29. Ferreira FA. The unveiling of truth and understanding of reality: from the Hermeneutics of Gadamer Historical Discourse Analysis of Foucault. *Rev. Latitude. Alagoas [internet]*. 2016 [acesso em 2019 jun 20]; 10(1):06-23. Disponível em: http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/2231/pdf_1.
30. Wendhausen ALP. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev. Esp. Salud Publica [internet]*. 2006 [acesso em 2019 jun 20]; 80(6):697-704. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n6/original4.pdf>.
31. Kohler JC, Martinez MG. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? *Int J Equity Health [internet]*. 2015 [acesso em 2019 jul 14]; 14(21). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342879/36>.
32. Oliveira VCS, Pereira JR, Oliveira VAR. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. *Cad EBAPE.BR [internet]*. 2010 [acesso em 2019 mar 14]; 8(3):422-437. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt.
33. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Jan 2012.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. 14 Maio 2012.
35. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal, Rev. Psicol. [internet]*. 2008 [acesso em 2020 ago 26]; 20(1):19-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>.

Recebido em 13/04/2020
Aprovado em 28/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Adaptação transcultural e validação do instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

Transcultural adaptation and validation of the instrument Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

Francielle Brustolin de Lima Simch¹, Claudia Silveira Viera¹, Mauricio Bedim dos Santos², Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012704

RESUMO O objetivo do estudo foi realizar a tradução, a adaptação cultural e a validação psicométrica do instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT), que avalia o letramento em saúde para cuidadores/familiares que buscam atendimento às suas crianças menores de 1 ano na unidade de atenção primária. Estudo metodológico, quantitativo, de validação e adaptação transcultural de instrumento, seguindo as etapas de tradução, retrotradução, análise por comitê de juízes, aplicação de testes estatísticos para avaliação das propriedades psicométricas, obtendo-se sua versão para o português do Brasil. O pré-teste foi realizado com 31 familiares, e o teste/reteste, com 93, em unidades de atenção primária do município do Oeste do Paraná, em 2018 e 2019. Análise estatística inferencial foi aplicada para verificar a validade e a confiabilidade do instrumento. Na validade de conteúdo com comitê de juízes, obteve-se taxa de concordância de 100%. Os dados na fase de pré-teste apresentaram coeficiente Alfa de Cronbach de 0,73; e na etapa do teste/reteste, obteve-se 0,69. A avaliação da confiabilidade pelo coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,865, considerada substancial. O instrumento foi tido como adequado quanto a sua adaptação cultural e validado para o português do Brasil, confiável para a aplicação entre cuidadores/familiares.

PALAVRAS-CHAVE Estudos de validação. Criança. Cuidadores. Saúde. Alfabetização.

ABSTRACT *The purpose of the study was to perform the translation, cultural adaptation and psychometric validation of the instrument Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT), which assesses health literacy for caregivers/family members seeking care for their children under one year old in the primary care unit. Methodological, quantitative, validation and cross-cultural instrument adaptation study, following the steps of translation, back-translation, judges committee analysis, application of statistical tests to evaluate psychometric properties, obtaining its version for Brazilian Portuguese. The pre-test was performed with 31 family members and test/retest with 93, in primary care units in the municipality of Western Paraná, in 2018 and 2019. Inferential statistical analysis was applied to verify the validity and reliability of the instrument. On the content validity of the judges committee, a 100% agreement rate was obtained. The data in the pretest phase presented Cronbach's alpha coefficient of 0.73, and the test/retest of 0.69. The reliability assessment by the intraclass correlation coefficient was 0.865, considered substantial. The instrument was considered adequate for its cultural adaptation and validated for Brazilian Portuguese, reliable for application between caregivers/family members.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
fbdlima@gmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Toledo (PR), Brasil.

KEYWORDS *Validation studies. Child. Caregivers. Health. Literacy.*



Introdução

O letramento é resultante do processo de aprender a ler e a escrever, sendo a situação que um sujeito ou uma coletividade alcança após a apropriação da escrita e de suas práticas na sociedade. De outro modo, o letramento funcional se define por meio dos conhecimentos e habilidades de leitura e escrita que proporcionam ao indivíduo o envolvimento nas atividades distintas da sua área de abrangência¹.

O Letramento Funcional em Saúde (LFS), que abrange o conhecimento, pode ser descrito como o estímulo e as capacidades individuais para acessar, assimilar, analisar e empregar as informações de saúde com a finalidade de exercer julgamentos e tomada de decisões, no que se refere à vida cotidiana a respeito de saúde, agravos, prevenção de doenças e promoção da saúde².

Frequentemente, as informações são expressas de forma complexa, utilizando-se de terminologias médicas ou vocabulário formal que implicam a compreensão e, portanto, também a qualidade do cuidado³. O estresse resultante do diagnóstico de uma doença grave e a quantidade demasiada de informações médicas a serem seguidas colaboram para o Letramento em Saúde (LS) inadequado, bem como para o desencadeamento de desfechos clínicos negativos⁴. Neste estudo, os dois conceitos de LS e LFS foram considerados sinônimos.

Desta forma, o LS, devido a sua complexidade, multidimensionalidade, interdisciplinaridade^{5,6} e ao impacto que um inadequado letramento pode ocasionar para os indivíduos, família, comunidade e ao sistema de saúde, originou interesse no tema por parte de pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas⁷.

Em estudo de revisão de literatura sobre instrumentos e métodos de avaliação do LS, autores⁸ identificaram 36 instrumentos de avaliação do LS, sendo os mais utilizados o Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) – elaborado de forma a avaliar o

nível de entendimento dos pacientes perante a comunicação existente na área médica, como receitas médicas, instruções para exames do público adulto em geral⁹ – e o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) – instrumento de triagem desenvolvido para ser utilizado em ambientes de saúde pública e de cuidados primários com a finalidade de identificar pacientes com baixo nível de leitura¹⁰. Destaca-se o fato de a maior parte das pesquisas de validação de instrumentos, com a finalidade de avaliação do LS, serem constituídas por traduções e adaptações desses dois instrumentos^{8,11}, o que ocorre nos estudos também no Brasil. No entanto, instrumentos que avaliem o LS para a realidade brasileira ainda são limitados.

O instrumento S-TOFHLA, uma versão reduzida do TOFHLA¹², teve sua tradução e sua validação realizadas¹³, a qual engloba 36 itens de leitura e 4 itens de habilidades numéricas¹². O instrumento Short Assessment of Health Literacy for Portuguese – Speaking Adults (SAHLPA) avalia o LS de indivíduos adultos, elaborado com base na tradução e adaptação de um instrumento espanhol intitulado SAHLSA¹¹. Adaptado culturalmente e validado no Brasil¹⁴, o instrumento para pesquisa em promoção da saúde avaliou o nível de LS de universitários de diversos cursos de graduação. Recentemente, foi validado¹⁵ o Teste de Letramento em Saúde (TLS), instrumento de avaliação do LS para a língua portuguesa do Brasil, resultante do processo de adaptação transcultural do TOFHLA.

O Teste de Atividades de Alfabetização em Saúde Parental (Parental Health Literacy Activities Test – PHLAT) é uma escala que investiga as habilidades de alfabetização em saúde e compreensão numérica (numeramento – terminologia utilizada para letramento numérico) de cuidadores infantis de bebês até 1 ano de idade. Os itens da escala testam tarefas comuns relacionadas com alfabetização e numeramento de cuidados realizados pelos pais de crianças menores de 1 ano. Isso inclui misturar fórmula de leite infantil, compreensão das

recomendações sobre amamentação, quando e quanto dar de medicamentos pediátricos para tosse ou resfriado, por exemplo, por conta própria, sem receita médica (OTC – *Over-The-Counter*, denominação em inglês), assim como a compreensão da própria receita, quando uma medicação é prescrita pelo médico, e o entendimento de rótulos nutricionais¹⁶.

Como lacuna na avaliação em LS no País, perceberam-se instrumentos que o mensurem para o público infantil em relação ao conhecimento da família sobre os cuidados de saúde orientados por profissionais às crianças sob cuidados médicos. Assim, este estudo teve como objetivo a tradução, a adaptação cultural e a validação psicométrica do instrumento PHLAT para cuidadores/familiares de crianças de até 1 ano de idade que buscam atendimento na unidade de atenção primária.

Material e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, regido pelas resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/15, sob o parecer de nº 2.787.988 e CAAE 93750118.0.0000.0107.

Para a adaptação transcultural e validação do instrumento PHLAT, o qual visa à obtenção de informações acerca do nível de LFS de cuidadores/familiares de crianças, foi obtida autorização antecipadamente dos autores do instrumento original.

O teste contém 20 questões, distribuídas em domínios clínicos, conforme segue: nutrição (1-3, 12, 17-20); psicossocial/desenvolvimento (6); acidentes/segurança (4,5); e clínica/avaliações/imunização (7-10, 13-16). Em relação às habilidades predominantemente avaliadas, as questões estão assim distribuídas: letramento impresso (1, 5, 12, 13, 14, 15, 19, 20); adição e subtração (2); multiplicação e divisão (3, 17); frações e decimais (4, 10, 16); múltiplas funções matemáticas (8, 18); e numeração, contas, hierarquia e gráficos (6, 7, 9, 11). Para

a aplicação da escala, demonstram-se em cada item os gráficos ou figuras correspondentes à pergunta; e então as respostas são registradas no formulário, seguindo-se a codificação um quando a resposta está correta e zero quando está incorreta.

A validação seguiu as recomendações para o processo de adaptação transcultural de Beaton, Bombardier e Guillemin¹⁷, e as orientações para avaliar as propriedades psicométricas de instrumentos, quanto à confiabilidade e à validade, de Souza, Alexandre e Guirardello¹⁸ e Pernambuco et al.¹⁹.

O processo de Tradução, Adaptação Cultural e Validação (TACV), de acordo com os autores mencionados, seguiu as seguintes etapas:

a) adaptação cultural: tradução direta, síntese, tradução inversa, consolidação por comitê de *experts* e pré-teste.

b) validação: evolução da consistência interna, confiabilidade intraobservacional e/ou interobservacional, validade aparente ou lógica, de conteúdo, critério e constructo.

Tradução e a adaptação cultural

A primeira etapa compreendeu a tradução e a adaptação cultural. Realizou-se a tradução conceitual do inglês para o português por dois tradutores bilíngues independentes, em que um tradutor tinha conhecimento prévio do instrumento e o outro não o possuía. Em seguida, verificou-se a síntese das traduções pelos tradutores, prosseguindo-se com a retro-tradução ou tradução reversa do instrumento para a língua original, por dois especialistas na língua inglesa, elaborando-se a versão síntese da escala traduzida.

Para a continuidade do processo de adaptação cultural, foi constituído um comitê multidisciplinar com nove especialistas, sendo três profissionais em saúde infantil (médico pediatra, enfermeiro pediatra, enfermeiro neonatologista), um professor de metodologia, dois pesquisadores, um linguista e os dois tradutores, com objetivo de analisar as discrepâncias e obter a versão para o teste de

campo. Nessa etapa, foi observada a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural por meio das comparações entre as traduções e a adaptação cultural, sendo necessário adaptação de itens na língua portuguesa, que não eram adequados para a realidade brasileira. O instrumento com as adaptações realizadas obteve 100% de concordância, sendo denominado versão pré-teste.

Pré-teste (aplicabilidade/viabilidade)

O alcance da fase final da adaptação cultural sucedeu-se com a aplicação da versão pré-teste. Essa etapa do processo buscou aplicar o teste de campo do instrumento, com uma amostra da população, para a verificação da aplicabilidade e viabilidade do instrumento. A versão pré-teste foi aplicada no período de outubro a dezembro de 2018, para validação do conteúdo, a 31 cuidadores/familiares de crianças de até 1 ano de idade nas unidades de atenção primária de um município do Oeste do Paraná. O cálculo amostral foi baseado no número de atendimentos de crianças menores de 1 ano no município do estudo para todas as etapas da pesquisa. O preenchimento do instrumento foi na forma autoaplicável, seguindo a recomendação do autor da escala original.

No momento da realização do preenchimento de cada escala, foi realizado um relatório sobre as dificuldades encontradas por meio da observação e aquelas relatadas pelos participantes. As questões consideradas com problemas, conforme descritas no relatório, foram revistas, sendo: questão 3 – interpretação quanto à análise do envelope de soro em pó, o qual foi substituído pelo rótulo de soro líquido; questão 14 – pois 14 dos 31 participantes dessa fase apontaram mais de uma alternativa de resposta na questão, indicando dupla interpretação. Dessa forma, o item febre foi acrescido de dor, conforme escrito na caixa do medicamento, na indicação de seu uso, permanecendo na opção c) febre/

dor. Efetuaram-se as adaptações da versão pré-teste para a aplicação da próxima etapa. Nessa etapa, realizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach para avaliação da escala.

Teste e reteste (confiabilidade do instrumento)

Na sequência, realizou-se a investigação da confiabilidade da escala PHLAT, por meio do teste-reteste e a análise de consistência interna e das dimensões encontradas. Nessa etapa, participaram 93 cuidadores/familiares de crianças de até 1 ano de idade, nas unidades de atenção primária, não acompanhada de caracterização sociodemográfica. A aplicação do teste-reteste ocorreu no período de março a junho de 2019 e teve por finalidade a verificação da reprodutibilidade da escala traduzida e adaptada, possibilitando a visualização de sua estabilidade ao longo do tempo.

A aplicabilidade do instrumento e sua re-aplicação ocorreram com um intervalo de 24 horas até 48 horas, sendo realizadas com os mesmos participantes, porém, o teste ocorreu nas unidades de saúde; enquanto o reteste, em domicílio. As questões da escala tiveram sua ordem modificada para que suas respostas não apresentassem influência da memória recente.

A avaliação da confiabilidade do instrumento foi verificada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), entre os resultados do teste e reteste, avaliando a reprodutibilidade da escala. A consistência interna dos dados foi avaliada por meio da aplicação do coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados

Os dados no pré-teste indicaram coeficiente Alfa de Cronbach de 0,73 em intervalo de confiança de 95%, conforme *tabela 1*, sendo a versão de pré-teste aprovada para realização da próxima etapa, de teste-reteste.

Tabela 1. Coeficiente Alfa de Cronbach das questões da PHLAT, no pré-teste, 2019

Questões	Valores de alpha	Alpha padronizado	G6*	Média correlação			
				interitens	Erro padrão	Variância	Mediana
Questão1.1	0.71	0.70	0.90	0.096	0.073	0.038	0.096
Questão 2	0.70	0.70	0.90	0.096	0.074	0.039	0.099
Questão 2.1	0.72	0.72	0.91	0.104	0.071	0.038	0.100
Questão 2.2	0.72	0.72	0.91	0.106	0.070	0.039	0.115
Questão 3.1	0.70	0.71	0.91	0.100	0.075	0.040	0.100
Questão 3.2	0.71	0.71	0.91	0.101	0.073	0.042	0.095
Questão 3.3	0.69	0.70	0.90	0.096	0.078	0.039	0.099
Questão 4	0.71	0.71	0.91	0.102	0.072	0.042	0.100
Questão 5	0.72	0.72	0.92	0.105	0.070	0.043	0.100
Questão 6	0.72	0.72	0.91	0.104	0.070	0.043	0.101
Questão 7	0.74	0.74	0.91	0.113	0.065	0.041	0.114
Questão 8	0.72	0.71	0.91	0.102	0.070	0.041	0.099
Questão 9	0.73	0.74	0.92	0.113	0.067	0.042	0.116
Questão 10	0.72	0.72	0.91	0.105	0.071	0.040	0.100
Questão 11	0.69	0.70	0.90	0.097	0.078	0.040	0.096
Questão 12	0.73	0.73	0.92	0.110	0.068	0.043	0.115
Questão 13	0.73	0.73	0.92	0.111	0.067	0.041	0.101
Questão 14	0.73	0.74	0.92	0.115	0.068	0.042	0.115
Questão 15	0.73	0.73	0.92	0.112	0.067	0.042	0.115
Questão 16	0.73	0.74	0.92	0.115	0.067	0.040	0.115
Questão 18	0.75	0.74	0.91	0.115	0.063	0.040	0.115
Questão 19	0.71	0.70	0.90	0.095	0.071	0.039	0.099
Questão 20	0.71	0.71	0.92	0.101	0.071	0.042	0.099

Fonte: Elaboração própria.

*G6 - Guttman's Lambda 6 teste de confiabilidade.

Na *tabela 2*, apresenta-se o percentual de acertos das respostas de acordo com cada questão.

Tabela 2. Apresentação do índice de acertos e erros das respostas de cada questão da PHLAT, no pré-teste, 2019

Questões	Respostas	
	Incorretas	Corretas
1 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você deve colocar para fazer 120 ml de leite?		
1.1 Quantidade água utilizada:	13%	87%
1.2 Número de medidas colocadas:	16%	84%
2 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?		
2.1 Quantidade de água utilizada:	19%	81%
2.2 Número de medidas colocadas:	10%	90%

Tabela 2. (cont.)

Questões	Respostas	
	Incorretas	Corretas
3 Seu bebê tem diarreia, e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?		
3.1 Quantidade de água utilizada:	48%	52%
3.2 Número de medidas colocadas:	32%	68%
3.3 Quantidade de soro utilizada:	45%	55%
4 Você é informado pelo pediatra do seu bebê para levá-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38 °C ou maior. No termômetro, está marcando a seguinte temperatura: 37,8 °C.		
Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?	48%	52%
5 Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?		
a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro	23%	77%
b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro	0%	0%
c) Cadeira de segurança, virada para trás, no banco traseiro	0%	0%
d) Cadeira de segurança, virada para a frente, no banco traseiro	0%	0%
6 Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ele está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.	32%	68%
7 Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar a ele? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso dele.	19 %	81%
8 Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?		
a) Ibuprofeno 50 mg	0%	0%
b) Ibuprofeno 100 mg	6%	94%
9 Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?		
() Sim	94%	6%
() Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde	0%	0%
() Não	0%	0%
10 Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas ½ colher de chá do medicamento, quantos mililitros (ml) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida.	52%	48%
11 Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e, de repente, ele está com febre. Para tratá-la, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5 ml. Quanto você deve dar a ele?		
a) ½ colher de chá	58%	42%
b) 1 colher de chá	0%	0%
c) 1 ½ colher de chá	0%	0%
d) 1 colher de sopa	0%	0%

Tabela 2. (cont.)

Questões	Respostas	
	Incorretas	Corretas
12 O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê:		
- Leite	- Amendoim, castanhas, nozes	
- Claras de ovos	- Peixe e marisco	
- Uvas	- Cenouras cruas	
- Pipoca	- Cachorro-quente	
Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?		
() Sim	0%	0%
() Não	26%	74%
13 Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.		
() Sim - eu daria _____(coloque a quantidade)	0%	0%
() Sim - mas eu perguntaria ao pediatra primeiro	39%	61%
() Não - eu não daria o medicamento para meu filho	0%	0%
14 De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar.		
a) congestão nasal	0%	0%
b) Vômito	0%	0%
c) Febre	3%	97%
d) Tosse	0%	0%
15 Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas, uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?		
a) Dar ____ml/gotas de dipirona	0%	0%
b) Esperar, porque _____	16%	84%
16 Seu bebê tem uma infecção no ouvido, e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.		
	6%	94%
17 Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de 6 meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?		
	0%	100%
18 Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?		
() Sim	0%	0%
() Não	42%	58%
19 Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?		
	3%	97%

Tabela 2. (cont.)

Questões	Respostas	
	Incorretas	Corretas
20 Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:		
a) normal	10%	90%
b) mais que o normal	0%	0%
c) menos que o normal	0%	0%

Fonte: Elaboração própria.

No pré-teste, as questões que apresentaram o percentual de acertos das respostas que ficaram em torno ou abaixo de 50% foram as 3.1, 3.3, 18, referentes ao domínio nutrição; a questão 4, sobre segurança; a questões 9, 10, e 11 do domínio medicamentos. Sobre as habilidades requeridas em cada uma delas, houve dificuldade de interpretação numérica, referente a multiplicação e divisão na questão 3, fração e decimais nas questões 4 e 10, múltiplas capacidades matemáticas na questão 18, hierarquia numérica nas respostas 9 e 11. Para a pergunta

sobre a oferta de suco à criança (questão 17), obteve-se 100% de acerto. Nesse caso, essa questão foi excluída para o cálculo de correlação e confiabilidade.

A avaliação da confiabilidade do instrumento na etapa do teste-reteste foi verificada pelo CCI, entre os resultados do teste e reteste, possibilitando avaliar a reprodutibilidade da escala. A consistência interna dos dados foi avaliada por meio da aplicação do coeficiente de Alfa Cronbach (*tabela 3*), cuja questão 14 obteve 100% de acerto e, em função disso, foi excluída do cálculo, mas não da escala.

Tabela 3. Coeficiente Alfa de Cronbach das questões da PHLAT, no teste-reteste, 2019

Questões	Valores de alpha	Alpha padronizado	G6*	Média correlação			
				interitens	Erro padrão	Variância	Mediana
Questão1.1	0.66	0.67	0.75	0.083	0.050	0.018	0.066
Questão 2	0.66	0.67	0.76	0.086	0.049	0.019	0.073
Questão 2.1	0.68	0.70	0.79	0.095	0.046	0.021	0.077
Questão 2.2	0.68	0.70	0.79	0.094	0.046	0.022	0.074
Questão 3.1	0.66	0.67	0.77	0.086	0.050	0.019	0.070
Questão 3.2	0.68	0.69	0.79	0.093	0.047	0.021	0.078
Questão 3.3	0.65	0.67	0.77	0.085	0.051	0.018	0.073
Questão 4	0.68	0.69	0.79	0.094	0.047	0.022	0.073
Questão 5	0.70	0.72	0.81	0.103	0.043	0.021	0.085
Questão 6	0.70	0.71	0.80	0.102	0.043	0.021	0.085
Questão 7	0.70	0.71	0.80	0.102	0.043	0.021	0.085
Questão 8	0.68	0.69	0.79	0.093	0.047	0.021	0.073
Questão 9	0.70	0.71	0.80	0.100	0.044	0.021	0.085
Questão 10	0.66	0.68	0.78	0.088	0.049	0.021	0.066
Questão 11	0.66	0.68	0.78	0.089	0.049	0.021	0.070

Tabela 3. (cont.)

Questões	Valores de alpha	Alpha padronizado	G6*	Média correlação			
				interitens	Erro padrão	Variância	Mediana
Questão 12	0.69	0.71	0.80	0.099	0.045	0.021	0.081
Questão 13	0.71	0.72	0.80	0.104	0.042	0.020	0.085
Questão 15	0.68	0.69	0.79	0.093	0.047	0.022	0.073
Questão 16	0.69	0.70	0.80	0.097	0.046	0.022	0.078
Questão 17	0.67	0.68	0.77	0.088	0.048	0.020	0.073
Questão 18	0.71	0.72	0.80	0.102	0.043	0.021	0.085
Questão 19	0.68	0.69	0.78	0.093	0.047	0.020	0.073
Questão 20	0.69	0.71	0.80	0.099	0.045	0.021	0.078

Fonte: Elaboração própria.

*G6 - Guttman's Lambda 6 teste de confiabilidade.

O coeficiente Alfa de Cronbach obtido foi de 0,69, considerado valor aceitável²⁰. Na tabela 4, apresenta-se o percentual de acertos das respostas de acordo com cada questão do teste.

Tabela 4. Percentual de acertos das respostas de acordo com as questões da PHLAT, no teste-reteste, 2019

Questões	Respostas Teste		Respostas Reteste	
	Incorretas	Corretas	Incorretas	Corretas
1 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você deve colocar para fazer 120 ml de leite?				
1.1 Quantidade água utilizada:	19%	81%	11%	89%
1.2 Número de medidas colocadas:	19%	81%	13%	87%
2 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?				
2.1 Quantidade de água utilizada:	11%	89%	5%	95%
2.2 Número de medidas colocadas:	9%	91%	10%	90%
3 Seu bebê tem diarreia, e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?				
3.1 Quantidade de água utilizada:	32%	68%	27%	73%
3.2 Número de medidas colocadas:	51%	49%	48%	52%
3.3 Quantidade de soro utilizada:	34%	66%	28%	72%
4 Você é informado pelo pediatra do seu bebê para levá-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38 °C ou maior. No termômetro, está marcando a seguinte temperatura: 37,8 °C.				
Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?	57%	43%	55%	45%
5 Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?				
a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro	25%	75%	26%	74%
b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro	0%	0%	0%	0%

Tabela 4. (cont.)

Questões	Respostas Teste		Respostas Reteste	
	Incorretas	Corretas	Incorretas	Corretas
c) Cadeira de segurança, virada para trás, no banco traseiro	0%	0%	0%	0%
d) Cadeira de segurança, virada para a frente, no banco traseiro	0%	0%	0%	0%
6 Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ele está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.	38%	62%	33%	67%
7 Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar a ele? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso dele.	32 %	68%	40%	60%
8 Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?				
a) Ibuprofeno 50 mg	0%	0%	0%	0%
b) Ibuprofeno 100 mg	32%	68%	34%	66%
9 Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?				
() Sim	0%	0%	0%	0%
() Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde	57%	43%	55%	45%
() Não	0%	0%	0%	0%
10 Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas ½ colher de chá do medicamento, quantos mililitros (ml) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida.	63%	48%	72%	28%
11 Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e, de repente, ele está com febre. Para tratá-la, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5 ml. Quanto você deve dar a ele?				
a) ½ colher de chá	61%	39%	58%	42%
b) 1 colher de chá	0%	0%	0%	0%
c) 1 ½ colher de chá	0%	0%	0%	0%
d) 1 colher de sopa	0%	0%	0%	0%
12 O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê:				
- Leite			- Amendoim,	
- Claras de ovos			castanhas, nozes	
- Uvas			- Peixe e marisco	
- Pipoca			- Cenouras cruas	
			- Cachorro-quente	
Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?				
() Sim	0%	0%	0%	0%
() Não	31%	69%	27%	73%

Tabela 4. (cont.)

Questões	Respostas Teste		Respostas Reteste	
	Incorretas	Corretas	Incorretas	Corretas
13 Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.				
() Sim - eu daria _____(coloque a quantidade)	0%	0%	0%	0%
() Sim - mas eu perguntaria ao pediatra primeiro	40%	60%	42%	58%
() Não - eu não daria o medicamento para meu filho	0%	0%	0%	0%
14 De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar.				
a) congestão nasal	0%	0%	0%	0%
b) Vômito	0%	0%	0%	0%
c) Febre	0%	100%	0%	100%
d) Tosse	0%	0%	0%	0%
15 Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas, uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?				
a) Dar ____ml/gotas de dipirona	0%	0%	0%	0%
b) Esperar, porque _____	24%	76%	27%	73%
16 Seu bebê tem uma infecção no ouvido, e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.				
a) Demonstrou corretamente	10%	90%	6%	94%
b) Demonstrou incorretamente	0%	0%	0%	0%
17 Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de 6 meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?				
	13%	87%	15%	85%
18 Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?				
() Sim	0%	0%	0%	0%
() Não	46%	54%	42%	58%
19 Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?				
	18%	82%	16%	84%
20 Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:				
a) normal	12%	88%	13%	87%
b) mais que o normal	0%	0%	0%	0%
c) menos que o normal	0%	0%	0%	0%

Fonte: Elaboração própria.

No teste, as questões que exibiram o percentual de acertos das respostas que ficaram abaixo de 50%, referentes ao domínio nutrição, foram as 3.2, 4 (no pré-teste 48% e no teste 43%); sobre segurança, a questão 9 (no pré-teste 6%, no teste 43%), no domínio medicamentos, a questão 10 (pré-teste 48% e no teste 37%) e questão 11 (no pré-teste 42%, no teste 39%). Sobre as habilidades requeridas em

cada uma delas, houve pouca capacidade de interpretação numérica, referente a multiplicação e divisão na questão 3, fração e decimais nas questões 4 e 10, hierarquia numérica nas respostas 9 e 11. Para a pergunta sobre que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar (questão 14), obteve-se 100% de acerto.

Os dados de alfa de cada questão estão apresentados na *tabela 5*, a seguir.

Tabela 5. Comparação do Alfa de Cronbach entre o pré-teste e teste, 2019

Questões	Alpha pré-teste	Alpha teste
Questão1.1	0.71	0.66
Questão 2	0.70	0.66
Questão 2.1	0.72	0.68
Questão 2.2	0.72	0.68
Questão 3.1	0.70	0.66
Questão 3.2	0.71	0.68
Questão 3.3	0.69	0.65
Questão 4	0.71	0.68
Questão 5	0.72	0.70
Questão 6	0.72	0.70
Questão 7	0.74	0.70
Questão 8	0.72	0.68
Questão 9	0.73	0.70
Questão 10	0.72	0.66
Questão 11	0.69	0.66
Questão 12	0.73	0.69
Questão 13	0.73	0.72
Questão 14	0.73	-
Questão 15	0.73	0.68
Questão 16	0.73	0.69
Questão 17	-	0.67
Questão 18	0.75	0.71
Questão 19	0.71	0.68
Questão 20	0.71	0.69

Fonte: Elaboração própria.

A avaliação da confiabilidade do instrumento analisada pelo CCI foi de 0,865 com

intervalo de confiança de 95%.

Discussão

Sobre os dados de validação para o português do instrumento PHLAT, tanto no pré-teste quanto no teste e reteste, evidenciou-se que as questões obtiveram coeficiente Alfa de Cronbach de 0,73 e 0,69, respectivamente, considerado substancial²¹ e comparável a confiabilidade do instrumento original, o qual foi avaliado por meio de testes de consistência interna com o Kuder-Richardson apresentando valor de KR-20 igual a 0,76¹⁶.

As dificuldades e as limitações são inerentes à adaptação e à validação de instrumentos de outro país de origem, pois o país-alvo tem significativas diferenças culturais e de linguagem, tornando as modificações inevitáveis¹⁵, sendo necessário adaptação de itens na língua portuguesa, que não eram adequados para a realidade brasileira. Contudo, preservou-se a originalidade do instrumento de origem, certificada na retrotradução, mesmo que tenham sido geradas diferenças semânticas ou conceituais entre a escala original e a versão de síntese alcançada¹⁹, para adequação ao público brasileiro.

Outra limitação do estudo apresenta-se sob a forma de inexistência de instrumentos que mensurem o LFS de pais/cuidadores de crianças, visto que estudos sobre o tema ainda são limitados no cenário internacional e no Brasil. Tal fato assume importância relevante na medida em que o grupo infantil é público assíduo na atenção primária, principalmente em busca de cuidado às doenças respiratórias, que acometem crianças de modo prevalente no País e influenciam na hospitalização por causas evitáveis pela atenção primária²².

Preocupam os dados evidenciados por este estudo (*tabela 4*), os quais apontam que: 43% dos cuidadores conseguiram interpretar um termômetro para decidir se a temperatura indicada seria motivo para levar ou não seu filho ao pediatra; 68% conseguiram interpretar, após o fornecimento da dosagem/peso, a quantidade correta de administração de um medicamento; 57% comprariam e administrariam uma medicação ao filho sem indicação

do pediatra; 62% souberam interpretar se o percentil na curva de crescimento oferecida estava adequado para o peso/idade; 63% e 61% (questões 10 e 11) não conseguiram interpretar e transformar mililitros (ml) em medidas de colher para administrar o medicamento; 54% apontaram que dariam sucos industrializados para seus filhos.

Ainda, o percentual dos cuidadores que conseguiram preparar uma mamadeira de 240 ml fracionada com soro de reidratação oral foi de 61% (*tabela 4-Teste*). Grande parte dos cuidadores entrevistados (88%), após ler o folheto de aleitamento materno, responderam que o tempo de intervalo entre mamadas demonstrado era normal para a amamentação. Em comparação com os valores do estudo original¹⁶, 69% foram capazes de ler corretamente um termômetro para determinar se deveriam chamar o pediatra ou não; 53% foram capazes de determinar a dose adequada do medicamento em gotas. Somente 64% puderam determinar corretamente se forneceriam um suco industrializado, 51% puderam interpretar o percentil de uma curva de crescimento. Poucos participantes (18%), depois de ler um guia sobre amamentação, conseguiram determinar quanto o tempo gasto na amamentação foi menor que o normal, semelhante a estudo sobre o tema¹⁶.

Os resultados do PHLAT apontam inúmeros desafios que os cuidadores enfrentam ao tentar fornecer cuidados diários apropriados, relacionados com a saúde infantil. Evidencia que os cuidadores, frequentemente, têm sido incapazes de entender os rótulos de nutrição e medicação, folhetos simples de saúde infantil e recomendações básicas sobre o cuidado infantil. Muitos também não conseguiram misturar fórmulas infantis ou medicação adequadamente¹⁶.

Estudo com população de mães adolescentes²³, mas que pode ser ampliado para a população geral, demonstrou a importância do letramento na saúde da criança em suas diversas especificidades, quanto à comunicação sobre saúde e à vulnerabilidade, que necessitam de informações claras, precisas e

acessíveis sobre saúde para promover a própria saúde e a do bebê, justificando, dessa forma, a escolha pela adaptação e validação dessa escala e para esse público, que não dispunha de um instrumento de mensuração do LFS adequado às condições brasileiras.

Conclusões

O PLHAT versão brasileira apresentou-se como um instrumento confiável para mensurar o LFS do cuidador em relação à indicação terapêutica do profissional de saúde para seu filho, possibilitando avaliar a relação entre o LS e as famílias usuárias do Sistema Único de Saúde no momento do atendimento de suas crianças na unidade de atenção primária. Sua importância reside em que, se o familiar cuidador não compreende a terapêutica proposta, pode não a implementar ou fazê-la de modo parcial, levando ao agravamento do quadro de saúde da criança e, conseqüentemente, à hospitalização por condições que seriam passíveis de serem resolvidas no âmbito da atenção primária à saúde.

O PHLAT versão brasileira demonstra grande relevância na utilização cotidiana da atenção primária, pois pode ser aplicado para identificação das vulnerabilidades de compreensão e comunicação que acometem a criança e as famílias que necessitam de maiores e melhores informações no contexto do cuidado

infantil. Os achados deste estudo indicam a importância da comunicação clara em saúde, focada nas habilidades básicas necessárias à saúde da criança, bem como um direcionamento dos profissionais para melhorar a comunicação com os cuidadores, incluindo materiais interativos de educação e saúde de fácil compreensão.

Percebeu-se a necessidade de melhorar o entendimento da informação sobre saúde infantil, envidando esforços que visam aprimorar o atendimento, investindo em mais tempo de duração das consultas e em compartilhamento de saberes profissionais durante os atendimentos, incluindo-se nas consultas os enfermeiros, cujo potencial de educação em saúde tem grande relevância nesse processo do cuidado.

Colaboradores

Simch FBL (0000-0002-4722-4891)* e Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)* contribuíram para concepção do projeto, condução do estudo, coleta de dados, análise de dados, redação e aprovação final do manuscrito. Vieira CS (0000-0002-0900-4660)* contribuiu para condução do estudo, coleta de dados, análise de dados, redação e aprovação final do manuscrito. Santos MB (0000-0001-8826-8930)* contribuiu para análise de dados, redação e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Soares M. Letramento: Um Tema em Três Gêneros. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
- Coelho MAM, Sampaio HAC, Passamai MPB, et al. Functional health literacy and healthy eating: Understanding the brazilian food guide recommendations. *Rev Nutr* [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 30]; 27(6):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000600715.
- Santos JEM, Brasil VV, Moraesi KL, et al. Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 15]; 70(3):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0633.pdf.
- Santos L, Mansur HN, Paiva TFPS, et al. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol* [internet]. 2012 [acesso em 2018 abr 29]; 34(3):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a14.pdf>.
- Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. *Interface* [internet]. 2012 [acesso em 2018 abr 29]; 16(4):1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n4/aop2812.pdf>.
- Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 9]; 69(1):1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>.
- Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HM, et al. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [internet]. 2015 [acesso em 2018 abr 30]; 18(3):1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00651.pdf>.
- Marques SR, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão sistemática. *Rev Audiol Commun Res* [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 4]; 22(e1757):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2016-1757.pdf>.
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* [internet]. 1995 [acesso em 2018 out 23]; 10(10):1-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576769>.
- Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *J Fam Med* [internet]. 1993 [acesso em 2018 out 23]; 25(6):1-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8349060>.
- Apolinario D, Braga RCOP, Magaldi RM, et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 23]; 46(4):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/ao3816.pdf>.
- Baker DW, Williams MV, Parker RM, et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* [internet]. 1999 [acesso em 2018 out 23]; 38(1):1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>.
- Carthery-goulart MT, Anghinah R, Areza-fegyveres R, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 14]; 43(4):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>.
- Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, et al. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 17]; 33(2):e00179715. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00179715.pdf>.

15. Maragno CAD, Mengue SS, Moraes CG, et al. Teste de letramento em saúde em português para adultos. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 2019 [acesso em 2019 dez 17]; 22(E190025):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190025.pdf>.
16. Kumar D, Sanders L, Perrin E, et al. Parental understanding of infant health information: Health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Acad Pediatr* [internet]. 2010 [acesso em 2018 out 23]; 10(5):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674532>.
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [internet]. 2000 [acesso em 2020 ago 24]; 25(24):1-6. Disponível em: <https://lab.research.sickkids.ca/pscoreprogram/wp-content/uploads/sites/72/2017/12/Beaton2000-Guidelines-CrossCulturalAdaptation.pdf>.
18. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jun 4]; 26(3):649-659. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>.
19. Pernambuco L, Espelt A, Magalhaes-Junior HV, et al. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. *CoDAS* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 9]; 29(3):e20160217. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20160217.pdf>.
20. Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
21. Viera S. *Introdução à bioestatística*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
22. Toso BRGO, Ross C, Sotti CW, et al. Profile of children hospitalizations by primary care sensitive Conditions. *Rev Acta Scientiarum Health Sciences* [internet]. 2016 [acesso em 2018 abr 29]; 38(2):1-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/29422/pdf>.
23. Logsdon MC, Davis DW, Ratterman R, et al. Acceptability and initial efficacy of education for teen mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 20]; 40(3):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919212>.

Recebido em 29/02/2020
Aprovado em 28/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Epidemiological profile of cancer patients from an area with high pesticide use

Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de uma área com alto uso de agrotóxico

Thaís Bremm Pluth¹, Lucas Adalberto Geraldi Zanini², Lara Denise Endruweit Battisti³, Erikson Kaszubowski⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202012705

ABSTRACT Pesticide consumption has increased considerably in the last years. Although pesticides have helped to increase the crops' productivity, they have been associated with the incidence of cancers. The objective of this study was to describe the epidemiological profile of cancer patients living in an area with high use of pesticide. A retrospective cohort design was used to describe cancer cases. Patients were included whenever (i) diagnosed with any type of cancer between 2005 and 2016; (ii) living, at the time of diagnosis, in one of the 69 Brazilian cities studied; and (iii) aged 12 years old or over. A multilevel regression model was used to model the cancer morbidity coefficient. A total of 10,640 cancer patients were studied. Cancer morbidity coefficients increased with age and were significantly higher among people residing in rural areas than among those living in urban areas (p -value <0.0001). In both urban and rural areas, males showed significantly higher cancer morbidity coefficients than females. This study suggests that higher cancer incidence is related to factors of rural life, which can include pesticide exposure since the studied area is known for its agriculture based economy and high pesticide use.

KEYWORDS Neoplasms. Agrochemicals. Rural population. Morbidity. Environmental health.

RESUMO O consumo de agrotóxicos aumentou consideravelmente nos últimos anos. Embora os agrotóxicos tenham ajudado a aumentar a produtividade das culturas, também têm sido associados ao câncer. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico de pacientes oncológicos localizados em uma área com alto uso de agrotóxicos. Empregou-se coorte retrospectiva para descrever os casos de câncer. Incluíram-se pacientes diagnosticados com algum tipo de câncer entre 2005 e 2016, residindo, no momento do diagnóstico, em uma das 69 cidades brasileiras estudadas e com idade igual ou superior a 12 anos. Utilizou-se regressão multinível para modelar o coeficiente de morbidade por câncer. Estudaram-se 10.640 pacientes com câncer. Os coeficientes de morbidade por câncer aumentaram com a idade e foram significativamente maiores entre as pessoas que residiam em áreas rurais, quando comparadas com as residentes das áreas urbanas ($p<0,0001$). Em ambas as áreas, os homens apresentaram coeficientes de morbidade por câncer significativamente maiores do que as mulheres. Este estudo sugere que a maior incidência de câncer está relacionada a fatores da vida rural, como a exposição à agrotóxicos, visto que a área estudada é conhecida por sua economia baseada na agricultura e no elevado uso de agrotóxicos.

PALAVRAS-CHAVE Neoplasias. Agroquímicos. População rural. Morbidade. Saúde ambiental.

¹Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Cerro Largo (RS), Brasil. thaisbremm@hotmail.com

²Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) – Ijuí (RS), Brasil.

³Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Cerro Largo (RS), Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.



Introduction

Pesticide consumption has increased drastically in Brazil in the last few years. While in 2005 the consumption per planted area was 3.2 kg ha⁻¹, in 2014 this proportion more than doubled (6.7 kg ha⁻¹)¹. Pesticides have been used mainly in monoculture crops. In 2015, Brazil planted 71.2 million hectares of crops; among the 21 crops analyzed, soybean predominated, representing 42% of the total planted area in the country, followed by corn, 21%, and sugar cane, 13%. Together, these three crops not only accounted for 76% of the total planted area in Brazil but also most demanded the use of pesticides, which corresponded to 82% of all the country's consumption in 2015².

The state of Rio Grande do Sul (RS) was the third largest pesticide consumer in Brazil in 2018³. According to the agricultural census carried out in 2017⁴, RS had the largest number of agricultural establishments using pesticides (256,213), equivalent to 15.2% of Brazil's total number. The percentage of agricultural establishments using pesticides in RS is much higher than the country's as a whole. In Brazil, 33.1% of the agricultural establishments use pesticides while in RS 70.2% do so⁴. The northwest region of RS was found to have the largest pesticide consumption of the state⁵.

Although pesticides have helped to increase the crops' productivity, they have been associated with the incidence of several chronic diseases, such as cancers⁶. An integrative literature review found that the relation of pesticides to certain types of cancers, i.e., prostate, Non-Hodgkin lymphoma, leukemia, multiple myeloma, bladder, and colon, is well established, while further investigation is needed to understand the relation between pesticide and neoplasm of testis, breast, esophagus, kidney, thyroid, lip, head, neck, and bone⁷.

There have been many studies investigating the association of pesticides and cancer in North America and Europe. Results from the Agricultural Health Study, a prospective cohort of licensed pesticide applicators from the United States, have greatly expanded the scientific

knowledge on this topic^{6,8-10}. In Canada, the main contributions come from the Canadian census health and environment cohort¹¹. In Europe, results from the Pesticide Users Health Study¹² from Great Britain and the Agriculture and Cancer (Agrican) cohort study¹³ from France have also found significant associations between pesticides and cancers.

Many of those pesticides associated with cancer are no longer approved in the European Union, but they are still approved and applied in Brazil⁷. The aim of this study was to describe the epidemiological profile of all types of cancer cases found in an area of the state of RS showing high use of pesticide. Our hypothesis was that the Cancer Morbidity Coefficient (CMC) was higher in rural areas, due to people's direct pesticide exposure, than in urban areas, where people are not directly exposed to pesticide.

Material and methods

Study design

Quantitative and descriptive approaches were used. A retrospective cohort design was used to describe cancer cases.

Setting

The study was carried out with cancer patients diagnosed between 2005 and 2016, who were treated at the High Complexity Oncological Center (Centro de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon) located at the Charity Hospital of Ijuí (Hospital de Caridade de Ijuí – HCI), Ijuí, RS, Brazil. This center was chosen for being the only specialized center of its kind in the northwest region of RS state. Data was collected between October and December 2017.

Participants

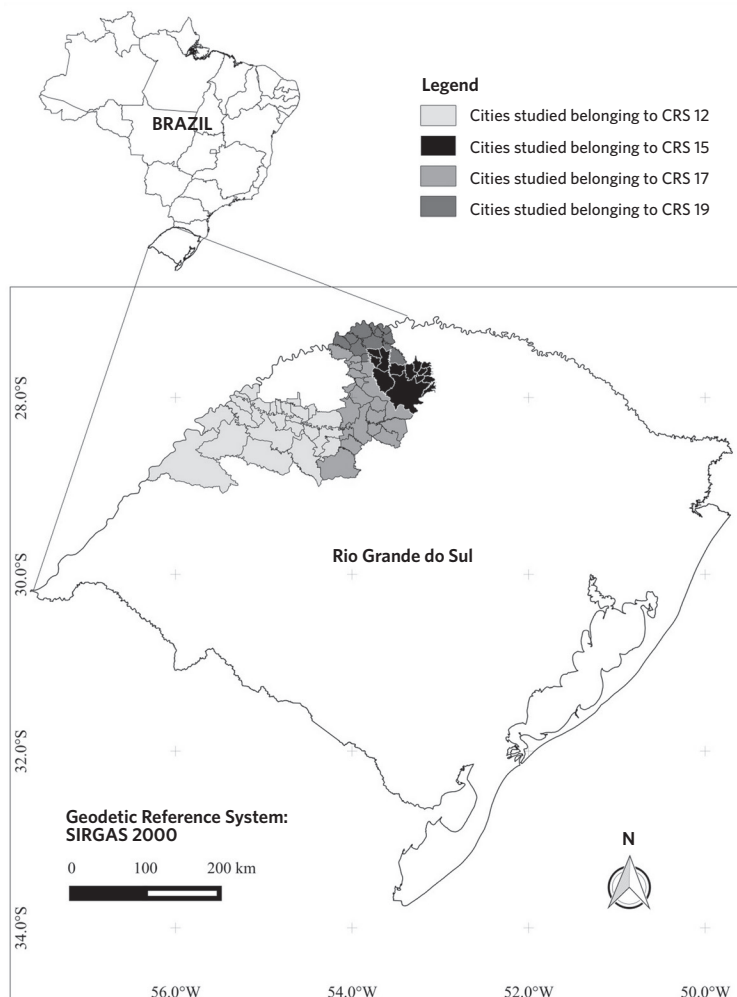
People and cities were included in the research whenever Cacon-Ijuí was their only

oncological center reference for: clinical oncology, oncological surgery, chemotherapy, radiotherapy, hematology, and brachytherapy, following Resolution 108/2013¹⁴ issued by the RS Health Secretary. A total of 69 cities met this criterion (*picture 1*). They made part of the regional health coordination (Coordenadoria Regional de Saúde – CRS) numbers 12 (24 cities), 15 (14 cities), 17 (20 cities), and 19 (11 cities). These 69 cities corresponded to a population of 565,303 people¹⁵, also being known for their agriculture based economy,

in which soybeans, corn, and wheat were the three main crops¹⁶.

All patients of both gender were included in this study whenever (i) diagnosed with cancer between 2005 and 2016; (ii) living, at the time of diagnosis, in one of the 69 cities included in this study; and (iii) aged 12 years old or over, since pediatric cancer patients are referred to other establishments. Only the first diagnosis of each patient was analyzed to ensure that each cancer patient was included only once in the dataset.

Picture 1. Location of the 69 cities included in this study that have the High Complexity Oncological Center of Ijuí as their only reference on oncological center



Source: Prepared by the authors.

Subtitle: CRS – Regional Health Coordination.

Variables

The predictive variables were: gender, age, type of cancer, and residence. The outcome was average CMC per year. The CMCs were aggregated using groups of cancer codes, following the International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10).

Since 2010 is the last year with available census data, and considering that the population between 2005 and 2016 did not differ greatly from that of 2010, the CMC was calculated assuming the population of each city to be constant over the twelve years studied. Years after 2016 were not included in this study because the 2020 census was considered more appropriate for calculations, but it was not available at the time this research was conducted.

For each subset examined, the population considered was the number of inhabitants specific to that subset. Thus, the average CMC per year i was calculated for different subsets k , per place j , and normalized for 1,000,000 inhabitants ($n=6$) according to Equation 1. The subsets consisted of gender and place of residence as well as their interactions. For modeling, CMCs were evaluated at the city level, but for the descriptive analysis, cities were combined to evaluate regions.

$$CMC_{j,k} = \frac{\sum_{i=2005}^{2016} Cancer_{cases_{i,j,k}}}{Population_{2010,j,k}} \times \frac{10^n}{12} \quad (1)$$

For the multilevel regression model, the predictive variables were: gender and place of residence on the first level, and linear tendency for crop production and cultivated area on the second level.

Data sources

A dataset, in the form of a spreadsheet, containing medical records of patients was obtained directly from the information technology

department of the HCI. The spreadsheet contained information regarding gender, age, address of residence, type of cancer, date of diagnosis, date of treatment, occupation, and the patient identification code. The code was necessary to identify patients with several diagnosis and/or treatments so to remove duplicates. The address of residence was used to classify patients into rural or urban areas. For those patients whose address was not sufficient to fulfill that classification, maps from google maps were used to help classifying the address. When neither the address provided by the patients nor the maps were sufficient to classify their residence into rural or urban areas, those patients were excluded from the residence analysis, totaling 20 patients.

Population data was obtained from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE)¹⁵ for each city studied, for the year 2010, which is the most recent census year.

Crop production data on soybean, corn, and wheat, as well as crop planted areas, were collected from IBGE¹⁷ for each city, for all available periods, i.e., 1974-2016 and 1988-2016, respectively.

Bias

Since all cancer patients that met the research criteria were included, there was no source of bias during the selection of participants. Additionally, two independent researchers classified the patients as for their residence into either rural or urban areas to minimize a potential source of bias.

Ethics

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Fronteira Sul, following document number 2,319,404. The Free and Clarified Consent Form was waived for this work as there was no direct contact with the patients.

Statistical analysis and data modeling

For statistical analysis, R software version 3.5.2 was used considering a significance level of $\alpha=0.05$. Qualitative variables were described by absolute and relative frequencies, and the quantitative variable was described by measures of position and variability.

The outcome variable, CMC, was modeled using a multilevel regression model. The CMC was stratified into four groups of interest, according to gender and the place of residency: rural women, urban women, rural men, and urban men. The linear trend of crop production, i.e., total corn, soybean and wheat, and the linear trend of the cultivated area were estimated. In order to evaluate the possible relation between the CMC, the crop production and the cultivated area, the slope coefficients for time for each of these variables were used as predictors in the CMC model. As the information on each group of interest is given per city, the cities were included as random effects on the intercepts of the model. The hypotheses were tested using six linear contrasts while the p-values were corrected for multiple comparisons.

Results

Based on the dataset obtained from Cacon-Ijuí, 10,640 cancer patients met the research criteria and were therefore analyzed in this study. Of these, 5,497 (51.7%) patients were males and 5,143 (48.3%) were females. Most cancer patients (45.0%) were from the CRS-17, followed by CRS-12 (35.4%), CRS-19 (11.4%), and CRS-15 (8.2%), and that distribution did not vary with gender. Most of the males were farmers (44.4%), while only 20.2% of the females worked in this occupation.

Cancer morbidity coefficient according to age

The minimum age of a patient diagnosed with cancer was 12.3 years old and the maximum

achieved 104.6 years old with a mean age of 61.2 ± 14.1 years old.

The cancer morbidity coefficient for males (*table 1*) and females (*table 2*) increased with age up to 79 years old and then decreased. For males aged between 12 and 19, 30 and 39, and 60 or above, neoplasms of male genital organs (C60-63) showed the highest CMC. All 76 cases within the C60-63 group for those males between 12 and 39 years old accounted for testicular cancer (C62). Prostate cancer was the most common type of cancer within the C60-63 group in males aged 60 years old or over, equivalent to 99.4% of the cases within in that age range and cancer group.

Lymphohematopoietic cancers (C81-C96) exhibited the highest CMC among males between 20 and 29 years old, and were the second highest among those between 12 and 19 years old. That group also appeared equal to the C60-63 group within the range 30 to 39 years old.

For males between 40 and 59 years old, cancer of digestive organs (C15-C26) showed the highest CMC. The most common cancer type arising from this group and age range was the esophageal one, accounting for 153 cases (30.5%), followed by colon (28.3%), and rectal (16.0%) ones. In contrast, among females from the same age range, the colon cancer equated to 40.0%, while esophagus cancer responded for only 13.5%.

For women between 12 and 19 years old, lymphohematopoietic cancers exhibited the highest CMC. Cancer of female genital organs (C51-58) was the most significant within the range 20 to 29 years old, among which cervix uteri was the most frequent type (76.9%). For the age of 30 years old and above, breast was the most frequent type of neoplasm among females, showing the highest CMC occurrence between 60 and 69 years old.

Table 1. Average cancer cases and cancer morbidity coefficient, per year, per 1,000,000 males, per age range, treated at Cacon-Ijuí, from 2005 to 2016

ICD-10 group ^a	12-19 years old		20-29 years old		30-39 years old		40-49 years old		50-59 years old		60-69 years old		70-79 years old		≥ 80 years old	
	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC
C00-C14 ^b	0	0.0	2	3.3	12	22.1	73	128.6	150	302.9	106	325.6	45	261.3	14	213.9
C15-C26 ^c	0	0.0	6	10.0	28	51.5	146	257.2	355	716.8	413	1,268.6	270	1,568.1	79	1,207.1
C30-C39 ^d	0	0.0	1	1.7	6	11.0	33	58.1	157	317.0	233	715.7	176	1,022.1	35	534.8
C40-C41 ^e	2	3.6	1	1.7	0	0.0	0	0.0	1	2.0	3	9.2	1	5.8	0	0.0
C43-C44 ^f	1	1.8	5	8.3	10	18.4	34	59.9	63	127.2	79	242.7	76	441.4	28	427.8
C45-C49 ^g	3	5.4	9	15.0	3	5.5	9	15.9	13	26.3	13	39.9	4	23.2	0	0.0
C50-C50 ^h	0	0.0	1	1.7	0	0.0	1	1.8	4	8.1	7	21.5	7	40.7	2	30.6
C60-C63 ⁱ	10	18.1	31	51.7	35	64.4	27	47.6	207	418.0	662	2,033.5	724	4,204.7	233	3,560.1
C64-C68 ^j	0	0.0	1	1.7	2	3.7	12	21.1	39	78.8	72	221.2	56	325.2	17	259.7
C69-C72 ^k	5	9.0	6	10.0	21	38.6	18	31.7	28	56.5	20	61.4	22	127.8	2	30.6
C73-C75 ^l	0	0.0	0	0.0	1	1.8	0	0.0	2	4.0	1	3.1	2	11.6	1	15.3
C76-C80 ^m	3	5.4	1	1.7	2	3.7	8	14.1	35	70.7	22	67.6	23	133.6	7	107.0
C81-C96 ⁿ	9	16.3	32	53.4	35	64.4	41	72.2	65	131.3	98	301.0	67	389.1	22	336.1
D37-D48 ^o	2	3.6	1	1.7	1	1.8	8	14.1	10	20.2	12	36.9	11	63.9	5	76.4
TOTAL	35	63.2	97	161.9	156	286.9	410	722.2	1,129	2,279.8	1,741	5,347.9	1,484	8,618.5	445	6,799.3

Source: Prepared by the authors based on the cancer data from Cacon-Ijuí and population data from IBGE¹⁵.

Note: Results in bold indicate the highest cancer morbidity coefficient (CMC) in each age group. CMCs are based on the 2010 IBGE' census population.

^aAccording to the International Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision

^bMalignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx

^cMalignant neoplasms of digestive organs

^dMalignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs

^eMalignant neoplasms of bone and articular cartilage

^fMelanoma and other malignant neoplasms of skin

^gMalignant neoplasms of mesothelial and soft tissue

^hMalignant neoplasms of breast

ⁱMalignant neoplasms of male genital organs

^jMalignant neoplasms of urinary tract

^kMalignant neoplasms of eye, brain and other parts of central nervous system.

^lMalignant neoplasms of thyroid and other endocrine glands

^mMalignant neoplasms of ill-defined, other secondary and unspecified sites

ⁿMalignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissue

^oNeoplasms of uncertain behavior, polycythemia vera and myelodysplastic syndromes.

Table 2. Average cancer cases and cancer morbidity coefficient, per year, per 1,000,000 females, per age range, treated at Cacon-Ijuí from 2005 to 2016

ICD-10 group ^a	12-19 years old		20-29 years old		30-39 years old		40-49 years old		50-59 years old		60-69 years old		70-79 years old		≥ 80 years old	
	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC
C00-C14 ^b	0	0.0	2	3.4	4	7.1	8	13.5	25	48.6	13	37.1	17	80.3	7	64.5
C15-C26 ^c	2	3.8	9	15.2	28	49.8	88	148.9	200	388.9	227	648.3	234	1,105.8	78	718.8
C30-C39 ^d	0	0.0	4	6.7	9	16.0	27	45.7	69	134.2	113	322.7	64	302.4	9	82.9
C40-C41 ^e	2	3.8	0	0.0	0	0.0	3	5.1	0	0.0	0	0.0	3	14.2	1	9.2
C43-C44 ^f	2	3.8	6	10.1	13	23.1	29	49.1	39	75.8	57	162.8	45	212.7	28	258.0
C45-C49 ^g	1	1.9	5	8.4	7	12.5	13	22.0	9	17.5	10	28.6	4	18.9	5	46.1
C50-C50 ^h	0	0.0	28	47.2	158	281.3	528	893.4	585	1,137.5	477	1,362.4	267	1,261.8	100	921.5
C60-C63 ⁱ	8	15.1	39	65.8	119	211.8	174	294.4	200	388.9	201	574.1	138	652.1	45	414.7
C64-C68 ^j	0	0.0	1	1.7	2	3.6	5	8.5	20	38.9	23	65.7	18	85.1	7	64.5

Table 2. (cont.)

ICD-10 group ^a	12-19 years old		20-29 years old		30-39 years old		40-49 years old		50-59 years old		60-69 years old		70-79 years old		≥ 80 years old	
	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC	Cases	CMC
C69-C72 ^k	5	9.4	6	10.1	8	14.2	13	22.0	19	36.9	12	34.3	7	33.1	1	9.2
C73-C75 ^l	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.7	2	3.9	4	11.4	1	4.7	0	0.0
C76-C80 ^m	0	0.0	2	3.4	2	3.6	11	18.6	17	33.1	27	77.1	26	122.9	4	36.9
C81-C96 ⁿ	12	22.6	25	42.2	15	26.7	18	30.5	61	118.6	72	205.6	52	245.7	15	138.2
D37-D48 ^o	1	1.9	1	1.7	3	5.3	2	3.4	5	9.7	15	42.8	14	66.2	2	18.4
TOTAL	33	62.2	128	215.9	368	655.1	920	1,556.7	1,251	2,432.5	1,251	3,573.0	890	4,205.9	302	2,783.0

Source: Prepared by the authors based on the cancer data from Cacon-Ijuí and population data from IBGE¹⁵.

Note: Results in bold indicate the highest Cancer Morbidity Coefficient (CMC) in each age group. CMCs are based on the 2010 IBGE¹ census population.

^aAccording to the International Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision; ^bmalignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx; ^cmalignant neoplasms of digestive organs; ^dmalignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs; ^emalignant neoplasms of bone and articular cartilage; ^fmelanoma and other malignant neoplasms of skin; ^gmalignant neoplasms of mesothelial and soft tissue; ^hmalignant neoplasms of breast; ⁱmalignant neoplasms of male genital organs; ^jmalignant neoplasms of urinary tract; ^kmalignant neoplasms of eye, brain and other parts of central nervous system; ^lmalignant neoplasms of thyroid and other endocrine glands; ^mmalignant neoplasms of ill-defined and other secondary and unspecified sites; ⁿmalignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissue; ^oneoplasms of uncertain behavior, polycythemia vera and myelodysplastic syndromes.

Cancer cases according to gender

Among all females studied in this research, the top ten most frequent cancer types equated to 81.5% of all cases, split among breast (41.7%), cervix uteri (9.9%), colon (6.4%), bronchus and lung (5.2%), corpus uteri (4.0%), rectum (3.6%), ovary (3.4%), esophagus (2.9%), melanoma of skin (2.4%), and pancreas (2.0%).

Among all males, the top ten most frequent cancer types were prostate (33.1%), bronchus and lungs (9.2%), colon (6.8%), esophagus (6.4%), rectum (4.4%), skin non-melanoma (2.9%), stomach (2.9%), oropharynx (2.8%), bladder (2.6%), and skin melanoma (2.5%). Together, those top ten most common cancer types were equivalent to 73.6% of all cases among males.

Cancer morbidity coefficient according to residence during diagnosis

The CMC was higher among males living in rural areas than those living in urban areas for

all cancer groups, except to thyroid and other endocrine glands, which had only a few cases diagnosed (*table 3*).

When the analysis was carried out focusing on cancer types instead of cancer groups, the same pattern was observed. The CMC was higher among males residing in rural areas than among males residing in urban areas for all the ten most common neoplasms. Prostate cancer was the most common cancer diagnosed among males living in both urban and rural areas. Each year, out of 1,000,000 males diagnosed with prostate cancer, 667 were expected to reside in rural areas, while 494 were expected to live in urban ones, resulting in a 35.0% higher rate.

As for females, the CMC was higher among those residing in rural areas than urban areas for eight out of 14 cancer groups (*table 4*). Breast cancer exhibited the highest CMC among females living in both urban and rural areas, being the breast CMC higher in urban females than in rural ones.

Table 3. Average cancer morbidity coefficient, per year, per 1,000,000 males, according to cancer groups among males residing in rural and urban areas, age ≥12 years, treated at Cacon-Ijuí, between 2005 and 2016

Cancer group ^a	Urban			Rural		
	Cases (3,445)	%	CMC ^p	Cases (2,038)	%	CMC ^p
C60-C63 ^b	1,206	35.0	527.9	721	35.4	694.3
C15-C26 ^c	802	23.3	351.1	491	24.1	472.8
C30-C39 ^d	416	12.1	182.1	222	10.9	213.8
C00-C14 ^e	267	7.8	116.9	134	6.6	129.0
C81-C96 ^f	229	6.6	100.2	139	6.8	133.9
C43-C44 ^g	178	5.2	77.9	117	5.7	112.7
C64-C68 ^h	131	3.8	57.3	68	3.3	65.5
C69-C72 ⁱ	77	2.2	33.7	45	2.2	43.3
C76-C80 ^j	58	1.7	25.4	42	2.1	40.4
D37-D48 ^k	30	0.9	13.1	20	1.0	19.3
C45-C49 ^l	29	0.8	12.7	25	1.2	24.1
C50-C50 ^m	13	0.4	5.7	8	0.4	7.7
C73-C75 ⁿ	6	0.2	2.6	1	0.0	1.0
C40-C41 ^o	3	0.1	1.3	5	0.2	4.8

Source: Prepared by the authors based on the cancer data from Cacon-Ijuí and population data from IBGE¹⁵.

Note: A total of twenty patients were excluded from this analysis as their residences could not be classified into either rural or urban ones.

^aAccording to the International Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision; ^bmalignant neoplasms of male genital organs; ^cmalignant neoplasms of digestive organs; ^dmalignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs; ^emalignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx; ^fmalignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissue; ^gmelanoma and other malignant neoplasms of skin; ^hmalignant neoplasms of urinary tract; ⁱmalignant neoplasms of ill-defined and other secondary and unspecified sites; ^jmalignant neoplasms of eye, brain and other parts of central nervous system; ^kmalignant neoplasms of mesothelial and soft tissue; ^lneoplasms of uncertain behavior, polycythemia vera and myelodysplastic syndromes; ^mmalignant neoplasms of breast; ⁿmalignant neoplasms of thyroid and other endocrine glands; ^omalignant neoplasms of bone and articular cartilage; ^paverage cancer morbidity coefficient based on the 2010 IBGE census population.

Table 4. Average cancer morbidity coefficient, per year, per 1,000,000 females, according to cancer groups among females residing in rural and urban areas, age ≥12 years, treated at Cacon-Ijuí, between 2005 and 2016

Cancer group ^a	Urban			Rural		
	Cases (3,645)	%	CMC ^p	Cases (1,492)	%	CMC ^p
C50-C50 ^b	1,561	42.8	623.8	581	38.9	606.2
C51-C58 ^c	667	18.3	266.5	256	17.2	267.1
C15-C26 ^d	588	16.1	235.0	276	18.5	288.0
C30-C39 ^e	222	6.1	88.7	72	4.8	75.1
C81-C96 ^f	173	4.7	69.1	97	6.5	101.2
C43-C44 ^g	130	3.6	52.0	88	5.9	91.8
C76-C80 ^h	68	1.9	27.2	21	1.4	21.9
C64-C68 ⁱ	61	1.7	24.4	15	1.0	15.7
C00-C14 ^j	51	1.4	20.4	25	1.7	26.1
C69-C72 ^k	44	1.2	17.6	27	1.8	28.2
C45-C49 ^l	35	1.0	14.0	19	1.3	19.8

Table 4. (cont.)

Cancer group ^a	Urban			Rural		
	Cases (3,645)	%	CMC ^b	Cases (1,492)	%	CMC ^b
D37-D48 ^m	32	0.9	12.8	11	0.7	11.5
C73-C75 ⁿ	7	0.2	2.8	1	0.1	1.0
C40-C41 ^o	6	0.2	2.4	3	0.2	3.1

Source: Prepared by the authors based on the cancer data from Cacon-Ijuí and population data from IBGE¹⁵.

Note: A total of twenty patients were excluded from this analysis as their residences could not be classified into either rural or urban ones.

^aAccording to the International Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision; ^bmalignant neoplasms of male genital organs; ^cmalignant neoplasms of digestive organs; ^dmalignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs; ^emalignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx; ^fmalignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissue; ^gmelanoma and other malignant neoplasms of skin; ^hmalignant neoplasms of urinary tract; ⁱmalignant neoplasms of ill-defined and other secondary and unspecified sites; ^jmalignant neoplasms of eye, brain and other parts of central nervous system; ^kmalignant neoplasms of mesothelial and soft tissue; ^lneoplasms of uncertain behavior, polycythemia vera and myelodysplastic syndromes; ^mmalignant neoplasms of breast; ⁿmalignant neoplasms of thyroid and other endocrine glands; ^omalignant neoplasms of bone and articular cartilage; ^paverage cancer morbidity coefficient based on the 2010 IBGE census population.

Modeling

The complete model embracing all predictive variables was considered and evaluated at the beginning. Then, the second level predictors were removed, one at a time, and evaluated as for their significance to the model. The only predictor that improved the model fit was the group of interest, therefore being the only one kept in the final model.

The main marginal effect for place of residence indicated higher CMC for residents of rural areas ($\beta = 205.6$, p -value < 0.0001). Gender also showed a significant main marginal effect because males exhibited higher CMC than females ($\beta = 313.4$, p -value < 0.0001).

Paired comparisons between different groups from the subsets of interest were carried out. When considering those living in rural areas, CMC was higher for males than for females ($\Delta = 371$, p -value < 0.0001). CMC was also higher for males than for females living in urban areas, although of a smaller difference ($\Delta = 256$, p -value = 0.015). The difference between males and females did not vary significantly between rural and urban areas ($\Delta = 115$, p -value = 0.35), which is consistent with the lack of an interaction effect between gender of patients and place of residence. Nonetheless, if solely

males are taken into consideration, those living in rural areas showed higher CMC ($\Delta = 263$, p -value = 0.01). Among women, the difference between those living in rural areas and in urban ones was positive, but not significant ($\Delta = 149$, p -value = 0.30). The highest CMC difference was achieved between rural males and urban females ($\Delta = 519$, p -value < 0.0001).

Discussion

The frequencies of patients according to the CRS can be explained by the proximity of the cities to the Cacon. Ijuí is located in the CRS-13 and was the city exhibiting the highest number of patients, or 19.0% of the total.

In our study, there were more male cancer patients working in farm-related jobs than female ones. Lemarchand et al.¹³ found prostate, lip, and overall cancer risks significantly higher in male farm workers. Kachuri et al.¹¹ observed increased hazard ratios among male agricultural workers for non-Hodgkin lymphoma, prostate, melanoma, and lip cancer. In our study, unfortunately, the coefficient of morbidity as for occupation could not be calculated as Brazil does not provide population data broken into occupation per city.

Cancer morbidity coefficient according to age

For males between 20 and 44 years old, testicular cancer incidence found in this study was similar to what was reported by the National Cancer Institute¹⁸, which estimated that 50.5% of new testicular cancer cases occurs in the range 20 to 34 years old and 23.1% occurs between 35 and 44 years old. A statistically significant excess of incidence of testicular cancer among British agricultural pesticide users was found by Frost et al.¹².

In our study, lymphohematopoietic cancers showed high incidences among males between 20 and 39 years old. Several studies have found significant associations between those cancers in adult males exposed to pesticides. Lynch et al.⁹ observed increased risks for all lymphohematopoietic cancers when exposed to the herbicide butylate. Hohenadel et al.¹⁹ found that high exposure to insecticide, herbicide, or fungicide was significantly associated to increased risk of non-Hodgkin lymphoma than to people not exposed. Kachuri et al.²⁰ showed that captan fungicide and carbaryl insecticide increased multiple myeloma risk.

Among males between 40 and 59 years old, the highest CMC was found for the group of cancer of digestive organs (*table 1*). For that group and age range, the most frequent cancers arisen in our study were esophageal, colon, and rectal. Esophageal tumors, mainly the epidermoid subtype, are related to alcohol consumption and smoking, especially when combined²¹. However, esophageal squamous cell carcinoma has been shown to be significantly associated with the ingestion of high temperature beverages (above 65°C)²². The area studied in this research is particularly distinct from the rest of Brazil for its common consumption of *mate*, a hot beverage similar to tea that might influence the high rate of esophageal cancer. Although esophageal cancer has not been found to be significantly associated with pesticide exposure²³, colon and rectal cancer have. A case-control study

carried out in Egypt showed that exposure to insecticides or herbicides was associated with increased risk for colorectal cancer²⁴.

The high incidence of prostate cancer in males aged 60 or older found in this study is expected worldwide, as prostate cancer is the most common type of cancer among elderly males²⁵. A systematic review²⁶ involving 32 studies found a positive association between prostate cancer and pesticides or agricultural occupations.

In our study, cancer of cervix uteri was the most frequent type among females between 20 and 29 years old. The main cause of that neoplasm is the Human Papillomavirus²⁷, typical in developing countries like Brazil. Since that cancer already has a main risk factor well defined, the relation to pesticides has not been identified. A case-control study conducted in rural areas of Wuhan, China, investigated risk factors for cervical cancer although not finding any relation to insecticides²⁸.

The high incidence of breast cancer found in this study among females aged 30 or older was similar to the incidence rates worldwide, since breast cancer was also reported to increase with age, reaching the highest rates between 65 and 70 years old²⁵.

Cancer cases according to gender

Cancer frequencies for females found in this study differ from estimations for Brazil in 2016: breast (28.1%), intestine (8.6%), lungs (5.3%), and stomach (3.7%). They also differ for females in the state of Rio Grande do Sul: breast (20.0%), colorectal (6.4%), trachea, bronchus, and lung (6.1%)²⁹. As can be seen, female breast cancer incidence in the region studied (41.7%) is much higher than the estimations for the state (20.0%) and the country (28.1%). A study with spouses of pesticide applicators⁸ found that exposure to organophosphate insecticides was associated with an elevated risk of breast cancer.

Cancer frequencies for males found in this study were similar to estimations for males in

Brazil for 2016, where prostate cancer (28.6%) also appeared in the first position, followed by lung cancer (8.1%)²⁹.

Cancer morbidity coefficient according to residence during diagnosis

The CMCs were higher among rural people than to urban people. When comparing the CMCs between males and females, it can be noted that they were much higher for males than for females. In this study, the place of residence, being it rural or urban, was used to estimate the degree of pesticide exposure since the information about the actual exposure could not be obtained.

Godin et al.³⁰ observed that only colon and rectum cancer incidence rates were significantly higher among males in Pennsylvania rural counties than those from urban Pennsylvania counties. Among females, only the incidence of skin melanoma was significantly higher in Pennsylvania rural counties than those from urban Pennsylvania counties.

Our results differ from a study carried out in the Republic of Suriname³¹ which showed that both overall cancer incidence rate and incidence rates for most cancer types were higher among those residing in urban areas than those from rural ones.

Modeling

Inhabitants of rural areas, regardless of gender, exhibited a higher incidence of cancer. Each city showed an average of 205 more cancer cases per year per 1,000,000 inhabitants in rural areas than in urban ones. As for gender itself, males were more affected than females, revealing an average of 313 more cancer cases per year per 1,000,000 inhabitants. The interaction between the predictors place of residence and gender was not significant. The pairwise comparisons between subsets

indicated that there was no significant difference between rural and urban females, although that difference was large and significant between males. Rural males showed significantly greater cancer incidence rate than urban males. Each city showed an average of 263 more cancer cases per year per 1,000,000 inhabitants. All those results suggest that rural males were considerably more likely to have cancer, which corroborates the initial hypothesis.

Conclusions

Results revealed that the cancer incidence rate increased with age and was higher among people residing in rural areas than among those from urban areas. Within both urban and rural areas, males showed higher cancer incidence rate than females. This study suggests that higher cancer incidence rate is related to factors of rural life, which can include pesticide exposure since the studied area is known for its agriculture based economy and high use of pesticide.

Collaborators

Pluth TB (0000-0002-5851-9476)* contributed to the research conception and design; acquisition, analysis, and data interpretation; and drafting of the manuscript. Zanini LAG (0000-0002-3849-6211)* assisted in data acquisition and interpretation; and drafting of the manuscript. Battisti IDE (0000-0001-9740-4199)* made the critical review of the content; and assisted in the research conception and design. Kaszubowski E (0000-0001-5481-1755)* assisted in the analysis and interpretation of data; and made the critical review of the content. All authors read and approved the final version of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Brazilian Institute for Geography and Statistics. Tabela 772: comercialização de agrotóxicos e afins, área plantada das principais culturas e comercialização por área plantada [internet]. [n.d.] [accessed 2017 Nov 15]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/772>.
2. Pignati WA, Neri de Souza e Lima FA, Sommerfeld de Lara S, et al. Spatial distribution of pesticide use in Brazil: a strategy for health surveillance. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22:3281-93.
3. Brazilian Institute of the Environment and Renewable Natural Resources. Relatórios de comercialização de agrotóxicos: Boletim 2018 [internet]. 2018 [accessed 2020 Aug 13]. Available from: http://ibama.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=594&Itemid=546.
4. Brazilian Institute for Geography and Statistics. Censo agropecuário: resultados definitivos 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
5. Pereira JP. Espacialização do uso de agrotóxicos por região de saúde no RS [thesis]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
6. Weichenthal S, Moase C, Chan P. A review of pesticide exposure and cancer incidence in the Agricultural Health Study Cohort. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(1):255-70.
7. Pluth TB, Zanini LAG, Battisti IDE. Pesticide exposure and cancer: an integrative literature review. *Saúde debate.* 2019; 43(122):906-24.
8. Lerro CC, Koutros S, Andreotti G, et al. Organophosphate insecticide use and cancer incidence among spouses of pesticide applicators in the Agricultural Health Study. *Occup Environ Med.* 2015; (72):736-44.
9. Lynch SM, Mahajan R, Beane Freeman LE, et al. Cancer incidence among pesticide applicators exposed to butylate in the Agricultural Health Study (AHS). *Environ Res* 2009; (109):860-8.
10. Alavanja MCR, Hofmann JN, Lynch CF, et al. Non-Hodgkin lymphoma risk and insecticide, fungicide and fumigant use in the agricultural health study. *PLoS One* 2014; (9):1-17.
11. Kachuri L, Harris MA, MacLeod JS, et al. Cancer risks in a population-based study of 70,570 agricultural workers: results from the Canadian census health and Environment cohort (CanCHEC). *BMC Cancer* 2017; (17):343.
12. Frost G, Brown T, Harding a-H. Mortality and cancer incidence among British agricultural pesticide users. *Occup Med (Lond).* 2011; (61):303-10.
13. Lemarchand C, Tual S, Levêque-Morlais N, et al. Cancer incidence in the AGRICAN cohort study (2005–2011). *Cancer Epidemiol.* 2017; (49):175-85.
14. Rio Grando do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução No 108 de 11 de Abril de 2013. Porto Alegre: Diário Oficial de Porto Alegre. 11 Apr 2013.
15. Brazilian Institute for Geography and Statistics. Contagem da população: tabela 793 - população residente 2010 [internet]. [n.d.] [accessed 2018 Jun 10]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/793>.
16. Fundação de Economia e Estatística. Características da agropecuária do RS 2015 [internet]. 2015 [accessed 2020 Aug 12]. Available from: <https://arquivofee.rs.gov.br/sinteseilustrada/caracteristicas-da-agropecuaria-do-rs/>.
17. Brazilian Institute for Geography and Statistics. Tabela 1612 - Área plantada, área colhida, quantidade produzida, rendimento médio e valor da produção das lavouras temporárias [internet]. [n.d.] [accessed 2017 Nov 3]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1612>.
18. National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Testicular cancer [internet] n.d. [accessed 2018 Dec 30]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/testis.html>.

19. Hohenadel K, Harris SA, McLaughlin JR, et al. Exposure to multiple pesticides and risk of non-Hodgkin lymphoma in men from six Canadian provinces. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; (8):2320-30.
20. Kachuri L, Demers PA, Blair A, et al. Multiple pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in Canadian men. *Int J Cancer*. 2013; (133):1846-58.
21. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, et al. Original contribution a prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. *Am J Epidemiol* 2007; (165):1424-33.
22. Lubin JH, Stefani E, Abnet CC, et al. Maté drinking and esophageal squamous cell carcinoma in South America: pooled results from two large multi-center case-control studies. *Canc. Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014; (23):107-16.
23. Yildirim M, Kaya V, Yildiz M, et al. Esophageal cancer, gastric cancer and the use of pesticides in the southwestern of Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014; (15):2821-3.
24. Lo A-C, Soliman AS, Khaled HM, et al. Lifestyle, occupational, and reproductive factors and risk of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2010; (53):830-7.
25. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. v. III. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
26. Silva JF, Mattos IE, Luz LL, et al. Exposure to pesticides and prostate cancer: systematic review of the literature. *Environ Heal*. 2016; (31):311-27.
27. Clifford G, Smith J, Plummer M, et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; (88):63-73.
28. Zhang B, Zhou A-F, Zhu C-C, et al. Risk factors for cervical cancer in rural areas of Wuhan China: a matched case-control study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013; (14):7595-600.
29. Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
30. Godin S, Lesko S, Lengerich E, et al. Comparisons of cancer incidence and mortality for rural vs. urban Pennsylvania counties, rural appalachian counties, and rural U.S. counties. *Cent Rural Pennsylvania*. 2014; (2):1-20.
31. Mans DRA, Rijkaard E, Dollart J, et al. Differences between urban and rural areas of the Republic of Suriname in the ethnic and age distribution of cancer – a retrospective study from 1980 through 2004. *Open Epidemiol J*. 2008; (1):30-5.

Received on 10/28/2019

Approved on 09/18/2020

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

Uso de agrotóxicos e mortalidade por câncer em regiões de monoculturas

Use of pesticides and cancer mortality in monoculture regions

Lidiane Silva Dutra¹, Aldo Pacheco Ferreira¹, Marco Aurélio Pereira Horta¹, Paulo Roberto Palhares²

DOI: 10.1590/0103-1104202012706

RESUMO O uso de agrotóxicos na agricultura brasileira é um problema de saúde pública, dadas as contaminações no ambiente, em alimentos e as intoxicações resultantes do uso dessas substâncias. O objetivo deste artigo é investigar a distribuição espacial das áreas plantadas de lavouras e as taxas de mortalidade de alguns tipos de câncer: mama, colo do útero e próstata. Escolheram-se quatro estados brasileiros que possuem grande produção de *commodities* agrícolas a serem estudadas. Trata-se de um estudo ecológico de análise espacial conduzido com dados e informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, por meio do qual elaboraram-se taxas de mortalidade para os referidos tipos de câncer, cujos óbitos tenham ocorrido entre 1996 e 2016. Há indícios de que existe correspondência entre as áreas de maior estimativa de uso de agrotóxicos Disruptores Endócrinos e o aumento das taxas de mortalidade pelos diferentes tipos de câncer.

PALAVRAS-CHAVE Agroquímicos. Exposição ambiental. Neoplasias da mama. Neoplasias do colo do útero. Neoplasias da próstata.

ABSTRACT *The use of agrochemicals in Brazilian agriculture is a public health problem, given the contamination of the environment, food and the poisoning resulting from the use of these substances. The objective of this article is to investigate the spatial distribution of planted crops area and mortality rates of some types of cancer: breast, cervix and prostate. Four Brazilian states were chosen that have large production of agricultural commodities to be studied. This is an ecological study of spatial analysis conducted with data and information from the Mortality Information System (SIM) of the Ministry of Health, and mortality rates were calculated for those types of cancer whose deaths occurred between 1996 and 2016. There are indications that there is a correspondence between the areas of higher estimation of the use of agrochemical Endocrine Disruptors and the increase of mortality rates by different types of cancer.*

KEYWORDS *Agrochemicals. Environmental exposure. Breast neoplasm. Cervical neoplasm. Prostate neoplasm.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lidianesdutra@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Os efeitos toxicológicos dos poluentes ambientais podem desempenhar um papel importante na etiologia de várias doenças em humanos. A exposição a poluentes pode desencadear efeitos no polimorfismo genético, sendo que tais interações podem ser determinantes para o desenvolvimento do câncer, promovendo o início da enfermidade¹. O câncer é uma doença complexa que relaciona uma sequência de genes e interações ambientais, sendo que os poluentes ambientais podem aumentar o risco de sua ocorrência². Os seres humanos estão expostos a muitos carcinógenos ambientais, e o aumento da prevalência de câncer tem sido parcialmente atribuído à exposição a esses agentes carcinogênicos³. Sabe-se que as influências combinadas de fatores genéticos e ambientais podem interferir no processo da doença².

O uso intensivo de agrotóxicos gera diversos impactos sociais, ambientais e à saúde, os quais não são incorporados pela cadeia produtiva, podendo-se destacar a ocorrência de doenças e mortes que poderiam ser evitadas, entre elas o câncer. Embora seus efeitos na agricultura sejam bem conhecidos, seus potenciais efeitos adversos sobre a saúde humana permanecem sob investigação, uma vez que os ingredientes ativos de cada substância química podem apresentar diferentes propriedades carcinogênicas ou mutagênicas⁴.

Nas últimas duas décadas, têm sido observadas em estudos epidemiológicos associações entre a exposição a agrotóxicos e alguns tipos de câncer^{5,6}. Vários agrotóxicos agem como Disruptores Endócrinos (DE), ocasionando distúrbios relacionados à reprodução humana por interferirem na síntese, transporte, armazenamento, ligação e atividade de hormônios naturais, sendo que podem estar associados ao risco de câncer⁷⁻⁹.

Os agrotóxicos podem ser encontrados em diversos ambientes, tais como: locais de trabalho, casas, escolas, nos alimentos e na comunidade em geral. Estão presentes nas águas, áreas de lazer, no ar, o que expõe o ser

humano ao contato direto com essas substâncias em diversas situações. Neste contexto, é importante ressaltar que a população brasileira se encontra em situação de vulnerabilidade, uma vez que o Brasil se destaca atualmente por ocupar o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo, o que decorre, especialmente, do modelo agroexportador adotado pela economia brasileira¹⁰.

Dentre os resultantes da contaminação causada por agrotóxicos, têm-se os efeitos associados à exposição crônica a ingredientes ativos desses produtos, tais como infertilidade, impotência, abortos, malformações, neurotoxicidade, desregulação hormonal, efeitos sobre o sistema imunológico e diversos tipos de câncer. Corroboram esses dados a situação atual do Brasil, em que o câncer vem ganhando relevância pelo perfil epidemiológico, implicando desafio aos profissionais da área da saúde e aos serviços de saúde. Faz-se necessário conhecer a situação dessa doença e seus fatores de risco, no intuito de estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira¹¹.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi o de analisar a distribuição espacial da produção, bem como o volume e a utilização de agrotóxicos em lavouras nos estados do Mato Grosso, Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo, associando a distribuição entre as áreas destinadas ao plantio de *commodities* e as taxas de mortalidade para os cânceres de mama, útero e próstata.

Material e métodos

Amostragem

Trata-se de estudo ecológico exploratório e quantitativo que incluiu dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Elaboraram-se taxas brutas de mortalidade referentes ao câncer de mama, colo do

útero e próstata para três períodos: 1996-1998 (1º período); 2005-2007 (2º período) e 2014-2016 (3º período). As taxas foram calculadas utilizando-se os triênios para que possíveis discrepâncias nos valores anuais fossem minimizadas. As taxas foram calculadas para todos os municípios dos estados escolhidos. Optou-se por iniciar a série temporal em 1996 a fim de evitar diferenças no padrão de codificação das doenças, uma vez que a Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10) iniciou nova codificação nesse ano. Para busca no SIM, foram utilizados os seguintes códigos: C50 para o câncer de mama; C53, C54 e C55 para o câncer de útero e C61 para o câncer de próstata. Os dados populacionais foram captados dos censos de 2000 (utilizado para o 1º período) e 2010 (utilizado para o 2º e 3º período), sendo ambos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Por se tratar de uma doença que necessita de um grande período de exposição para ser desencadeada, os dados referentes à exposição do 1º período foram comparados com as taxas do 2º período, ou seja, os dados de plantação e exposição referentes ao triênio 1996-1998 foram relacionados às taxas de câncer de 2005-2007. O mesmo foi feito para o 2º período de exposição (2005-2007) e as taxas de câncer do 3º período (2014-2016).

Escolheram-se alguns estados para serem analisados, cujas produções de *commodities* fossem as mais significativas no contexto nacional, sendo eles: Mato Grosso (MT), Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS) e São Paulo (SP). Selecionaram-se quatro tipos de cultivo, principais *commodities* agrícolas brasileiras que correspondem à maior parte da produção agrícola do País, sendo eles: algodão, cana-de-açúcar, milho e soja, que correspondem a mais de 70% da área plantada do País¹². Devido à ausência de dados sólidos sobre o uso de agrotóxicos, foram utilizados dados de área destinada ao plantio de lavouras obtidos por meio do Sistema de Recuperação Automática do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-Sidra) – Produção Agrícola Municipal

(PAM)¹². Como mencionado anteriormente, não há dados sistematizados no País sobre o consumo de agrotóxicos. Desse modo foi feita uma estimativa da exposição multiplicando-se essas áreas destinadas ao plantio de lavouras temporárias e a quantidade recomendada para aplicação do agrotóxico em cada tipo de cultura.

Escolheram-se para quantificação agrotóxicos sabidamente reconhecidos como DE. A identificação dos agrotóxicos que apresentam essas propriedades foi baseada na pesquisa de Mnif e colaboradores⁹, resultando num total de 25 agrotóxicos. Analisaram-se as bulas dos agrotóxicos com os ingredientes ativos selecionados, sendo eles: 2,4 D; Acefato; Atrazina; Captana; Carbendazin; Carbofurano; Cipermetrina; Ciproconazol; Clorotalonil; Clorpirifós; Dimetoato; Diuron; Endosulfan; Epoxiconazol; Flutriafol; Glifosato; Malationa; Metolacoloro; Metomil; Metribuzin; Permetrina; Simazina; Tebuconazol; Tebutiurrom e Triflurallina. Como há grande variação nas quantidades indicadas para o uso dos agrotóxicos em cada tipo de plantio, foram verificadas no mínimo três e no máximo dez bulas para cada ingrediente ativo. Posteriormente, foi feita uma média com os valores encontrados.

Além dos agrotóxicos, foram considerados na quantificação seus derivados e associações com outros compostos. As bulas foram obtidas por meio do sistema on-line Agrofit, do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento (Mapa)¹³, que permite a busca dos agrotóxicos de diversas maneiras: marca, nome comercial, cultura, ingrediente ativo, classificação toxicológica e classificação ambiental. As consultas foram realizadas utilizando sempre o nome do ingrediente ativo¹³. O resultado dessas estimativas de consumo de agrotóxicos e os dados sobre área destinada ao plantio foram utilizados para estabelecer a distribuição espacial em cada um dos municípios dos estados.

Os dados sobre área destinada ao plantio também foram utilizados para elaborar um ranking decrescente, indicando os municípios do estado com maior produção de grãos, e,

provavelmente, maior consumo de agrotóxicos. Por meio do *ranking*, foram escolhidos dez por cento dos municípios de cada estado para serem analisados mais profundamente. Os estados são compostos por 141 (MT), 645 (SP), 399 (PR) e 496 (RS) municípios, dos quais foram escolhidos para análise 15 (MT), 66 (SP), 40 (PR) e 50 (RS), em ordem decrescente no ranking. Além disso, as áreas de cultivo foram divididas em quatro quartis, classificados em relação às estimativas de uso de agrotóxicos DE em: muito alto, alto, moderado e baixo.

Análises estatísticas

Com isso, foram calculadas taxas de mortalidade para cada câncer estudado, por sexo, faixa etária, ano de óbito e município, referentes ao período de 1996 a 2016, por 100.000 habitantes, para esse conjunto de municípios de cada estado analisado. As taxas foram corrigidas com emprego do método de correção da Organização Mundial da Saúde. Os fatores de correção foram calculados para cada faixa etária, ano e sexo. Posteriormente, as taxas foram padronizadas pelo método direto, utilizando como padrão a população Mundial. Essas taxas foram calculadas tanto para o conjunto dos municípios analisados como para o estado. Os dados referentes ao estado como um todo excluíram os dados já avaliados pelo conjunto dos municípios.

Após a elaboração das taxas, foi feita a análise da tendência por meio da estimativa da variação anual percentual – Annual Percentage Change (APC) – da taxa de mortalidade pelos tipos de câncer estudados entre os anos de 1996 e 2016 empregando a regressão de Poisson¹⁴. Calcularam-se taxas anuais de mortalidade, consideradas como variáveis dependentes (y), sendo os anos do período de estudo as variáveis independentes (x).

Os municípios analisados no estado de MT foram Brasnorte, Campo Novo do Parecis, Campo Verde, Campos de Júlio, Diamantino, Ipiranga do Norte, Itiquira, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Primavera

do Leste, Querência, Santa Rita do Trivelato, Sapezal e Sorriso.

Analisaram-se os municípios de Altair, Altinópolis, Araçatuba, Araraquara, Araras, Barretos, Batatais, Bebedouro, Boa Esperança do Sul, Cajuru, Cândido Mota, Casa Branca, Colômbia, Descalvado, Dois Córregos, Florínia, Guaíra, Guará, Guaraci, Guararapes, Guataparã, Ibirarema, Iepê, Igarapava, Ipuã, Itaberá, Itaí, Itapetininga, Itapeva, Itápolis, Ituverava, Jaboticabal, Jardinópolis, Jaú, Leme, Lençóis Paulista, Luís Antônio, Maracá, Miguelópolis, Morro Agudo, Novo Horizonte, Nuporanga, Olímpia, Palmital, Paraguaçu, Paulista, Paranapanema, Paulo de Faria, Pederneiras, Penápolis, Piracicaba, Pirassununga, Pitangueiras, Pontal, Quatá, Rancheira, Ribeirão Preto, Santa Cruz do Rio Pardo, Santo Antônio do Aracanguá, São Carlos, São Joaquim da Barra, São Manuel, Sertãozinho, Tarumã, Teodoro Sampaio, Valparaíso, no estado de SP.

Analisaram-se os municípios de Assis Chateaubriand, Cambé, Campina da Lagoa, Campo Mourão, Candói, Cascavel, Castro, Corbélia, Engenheiro Beltrão, Goioerê, Guaíra, Guarapuava, Juranda, Lapa, Londrina, Luiziana, Mamborê, Mangueirinha, Marechal Cândido Rondon, Marialva, Maringá, Nova Aurora, Palmeira, Palotina, Pinhão, Pitanga, Ponta Grossa, Primeiro de Maio, Prudentópolis, Santa Helena, Santa Mariana, São Jorge do Ivaí, São Miguel do Iguazu, Sertaneja, Sertanópolis, Terra Roxa, Tibagi, Toledo, Tupãssi, Ubiratã, no estado do PR.

E analisaram-se os municípios de Ajuricaba, Boa Vista do Cadeado, Bossoroca, Cachoeira do Sul, Canguçu, Capão do Cipó, Carazinho, Catuípe, Chapada, Chiapetta, Condor, Coronel Bicaco, Coxilha, Cruz Alta, Dom Pedrito, Entre Ijuís, Espumoso, Eugênio de Castro, Fortaleza dos Valos, Giruá, Ibirubá, Ijuí, Jóia, Júlio de Castilhos, Lagoa Vermelha, Marau, Muitos Capões, Palmeira das Missões, Panambi, Passo Fundo, Pejuçara, Pontão, Rio Pardo, Ronda Alta, Santa Bárbara do Sul, Santa Maria, Santiago, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões,

Santo Augusto, São Borja, São Francisco de Assis, São Gabriel, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Sepé, Sertão, Três de Maio, Tupanciretã, Vacaria, do estado do RS.

Procedeu-se à análise de tendência com o programa Joinpoint, versão 4.6.0.0 – Surveillance Research, National Cancer Institute, USA, fornecido pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, com acesso gratuito (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>). Esse programa estima a APC de uma regressão linear segmentada, ou *joinpoint regression*, e identifica pontos de inflexão. Cada ponto de inflexão reflete as alterações no incremento ou no declínio das taxas de mortalidade. A técnica de Joinpoint utiliza as taxas log-transformadas para identificar os pontos de inflexão (Joinpoints) ao longo do período, capazes de descrever uma mudança significativa na tendência por meio da APC¹⁴. Como os fenômenos biológicos nem sempre se comportam de maneira uniforme, uma taxa pode apresentar mudanças no ritmo de variação ao longo do tempo. Quando ocorre essa situação, a análise de segmentos pode representar melhor o fenômeno observado. Os testes de significância para escolha do melhor modelo basearam-se no método de permutação de Monte Carlo, considerando $p < 0,05$ ¹⁴.

Considerando o longo tempo entre a exposição a agentes cancerígenos e o início dos sintomas clínicos¹⁵, foi avaliada a relação entre o consumo de agrotóxicos nos diferentes estados no ano de 1996 e as taxas de mortalidade pelos diferentes tipos de câncer anos em 2006 por meio do teste de correlação de Spearman, sendo significativa a $p < 0,05$. O indicador de autocorrelação local (Moran's Lisa) foi utilizado

para avaliar a dependência espacial nas taxas de câncer nos respectivos estados e mapeadas aquelas áreas significativas. Utilizaram-se os softwares Qgis (versão 3.8.2), Geoda e R Studio para as análises estatísticas.

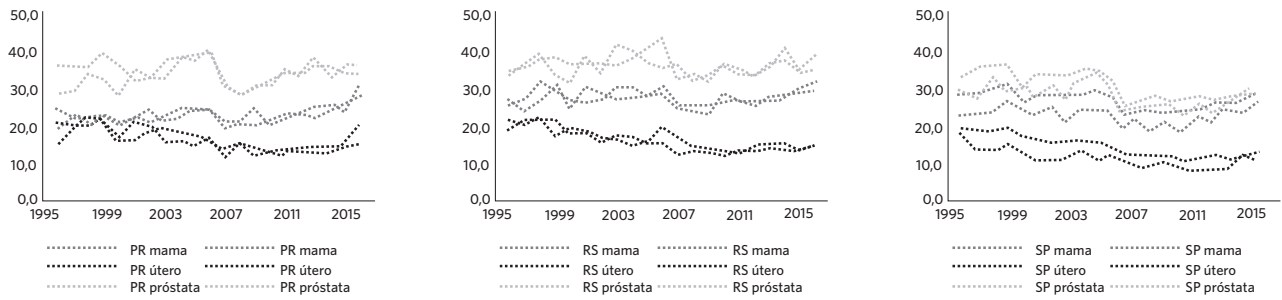
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, obedecendo à Resolução CNS nº 196/9624 e não implicando qualquer risco individual, uma vez que os dados coletados não apresentam informações pessoais. CAAE nº 71149417.1.0000.5240 – parecer nº 3.226.521.

Resultados

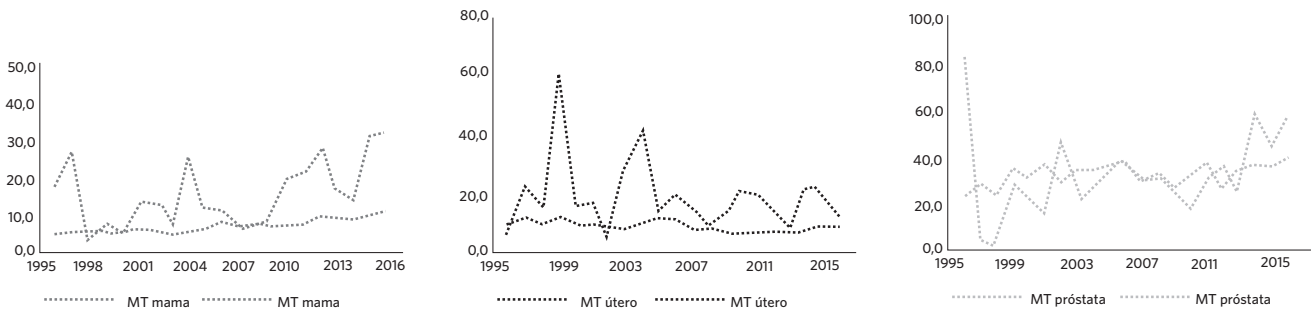
Em relação às taxas de mortalidade pelos tipos de câncer, o estado de Mato Grosso foi o que apresentou maiores variações entre as taxas dos municípios analisados e o restante do estado, principalmente para os cânceres de mama e útero. Em relação ao câncer de próstata, houve um crescimento das taxas de mortalidade dos municípios estudados após o ano de 2013. O estado de MT também apresentou as maiores taxas de mortalidade para todos os tipos de câncer analisados (32,6/100.000 mama₂₀₁₆; 59,4/100.000 útero₁₉₉₉; 82,3/100.000 próstata₁₉₉₆).

O estado de SP não apresentou interpolações entre as taxas dos municípios estudados e do estado, sendo que o estado apresentou taxas maiores para todos os tipos de câncer. Em geral, os estados do PR e RS apresentaram taxas de mortalidade bem próximas para os tipos de câncer, tanto para os municípios estudados como para o estado, intercalando entre quedas e incrementos para ambas as unidades de análise (*figura 1*).

Figura 1. Taxas de mortalidade padronizadas para os tipos de câncer para os estados de Mato Grosso, Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo e os municípios selecionados para análise, por 100.000 habitantes, 1996 a 2016



Taxa de mortalidade para os tipos de câncer por 1000 habitantes



Fonte: Elaboração própria.

Para o estado do PR, houve incremento na taxa de mortalidade dos municípios estudados para todos os tipos de câncer a partir do ano de 2012. Para o estado do Rio Grande do Sul, as taxas de mortalidade por câncer de mama tenderam a aumentar a partir do ano de 2010. As taxas referentes ao câncer de útero dos municípios estudados foram sempre maiores ou iguais às taxas do estado a partir do ano de 2006, ocorrendo o mesmo para o câncer de próstata, porém a partir do ano de 2010.

Os resultados obtidos na avaliação da série histórica de mortalidade pelos tipos de câncer nos estados entre 1996 e 2016 indicam

tendências variadas ao longo do tempo (*tabela 1*). No que diz respeito às análises de regressão joinpoint, o estado de MT e os municípios estudados apresentaram tendências de incremento nas taxas de câncer de mama e próstata, porém, sendo estatisticamente significativa somente para o estado: $APC_{estado} = 2,8^*(IC_{95\%} = 2,0; 3,7)^{1996-2016}$ e $APC_{estado} = 1,2^*(IC_{95\%} = 0,1; 2,4)^{1996-2016}$. As tendências para o câncer de útero não foram estatisticamente significativas para nenhuma das unidades de análise, mas apresentaram tendência de queda na maior parte do tempo para o estado e em todo o período para os municípios estudados (*tabela 1*).

Tabela 1. Análise de regressão joinpoint da tendência de mortalidade por câncer de mama, útero e próstata nos estados e municípios analisados, 1996 a 2016

Região	Período	APC	IC	p-valor
MT' mama	1996-2016	2.2	-1.7; 6.4	0.3
MT mama	1996-2016	2.8*	2.0; 3.7	0.0
MT' útero	1996-2016	-0.9	-5.2; 3.6	0.7
MT útero	1996-2006	0.0	-2.9; 3.0	1.0
	2006-2009	-12.1	-40.0; 28.9	0.5
	2009-2016	3.6	-1.6; 9.0	0.2
MT' Próstata	1996-2016	9.3	-0.7; 20.3	0.1
MT Próstata	1996-2016	1.2*	0.1; 2.4	0.0
SP' mama	1996-2016	-0.4	-1.1; 0.4	0.3
SP mama	1996-2005	-0.3	-1.2; 0.7	0.5
	2005-2008	-6.4	-15.7; 3.9	0.2
	2008-2016	1.9*	0.7; 3.1	0.0
SP' útero	1996-2013	-3.4*	-4.3; -2.4	0.0
	2013-2016	10.7	-3.8; 27.4	0.1
SP útero	1996-2011	-3.7*	-4.4; -3.1	0.0
	2011-2016	2.2	-1.2; 5.8	0.2
SP' Próstata	1996-2005	1.1	-0.8; 3.1	0.2
	2005-2008	-9.4	-26.7; 12.0	0.3
	2008-2016	1.7	-0.6; 4.1	0.1
SP Próstata	1996-2005	0.1	-1.1; 1.2	0.9
	2005-2008	-8.5	-19.4; 3.7	0.1
	2008-2016	1.1	-0.3; 2.5	0.1
PR' mama	1996-2016	0.6*	0.0; 1.2	0.0
PR mama	1996-2013	0.3	-0.5; 1.1	0.5
	2013-2016	7.9	-3.3; 20.4	0.2
PR' útero	1996-1999	11.1	-6.0; 31.3	0.2
	1999-2009	-5.7*	-8.5; -2.8	0.0
	2009-2016	5.1*	0.5; 9.9	0.0
PR Útero	1996-2014	-2.9*	-3.6; -2.1	0.0
	2014-2016	11.4	-12.1; 41.3	0.3
PR' Próstata	1996-2016	-0.3	-1.0; 0.5	0.5
PR Próstata	1996-2005	3.5*	1.7; 5.3	0.0
	2005-2008	-8.1	-24.2; 11.4	0.4
	2008-2016	2.2*	0.1; 4.4	0.0
RS' Mama	1996-2016	0.2	-0.5; 0.9	0.5
RS Mama	1996-2016	-0.1	-0.6; 0.4	0.6
RS' Útero	1996-2016	-2.1*	-2.8; -1.4	0.0
RS Útero	1996-2010	-3.8*	-4.7; -2.9	0.0
	2010-2016	1.8	-1.6; 5.3	0.3
RS' Próstata	1996-2016	0.1	-0.5; 0.7	0.7
RS Próstata	1996-2016	-0.3	-0.8; 0.2	0.3

Fonte: Elaboração própria.

(*) conjunto dos municípios analisados no estado.

Em relação ao câncer de mama, os municípios estudados e o estado de SP apresentaram tendências de queda na maior parte do período para o estado, e em todo o período para os municípios. O estado ainda apresentou um período de tendência estatisticamente significativa de incremento na taxa de mortalidade por esse tipo de câncer: $APC_{estado} = 1,9^*$ ($IC_{95\%} = 0,7; 3,1$)²⁰⁰⁸⁻²⁰¹⁶. Em relação ao câncer de útero, os municípios estudados e o estado apresentaram tendências de queda na maior parte do período, sendo ambas estatisticamente significativas e maiores para o estado: $APC_{municípios} = -3,4^*$ ($IC_{95\%} = -4,3; -2,4$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰¹³; $APC_{estado} = -3,7^*$ ($IC_{95\%} = -4,4; -3,1$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰¹¹. Ambos também apresentaram um período com tendência de incremento nas taxas, porém sem significância estatística. Em relação ao câncer de próstata, as tendências não foram estatisticamente significativas para nenhuma das unidades de análise, sendo que existiram períodos distintos com tendência de queda e incremento, mas sendo o incremento mais presente ao longo do tempo.

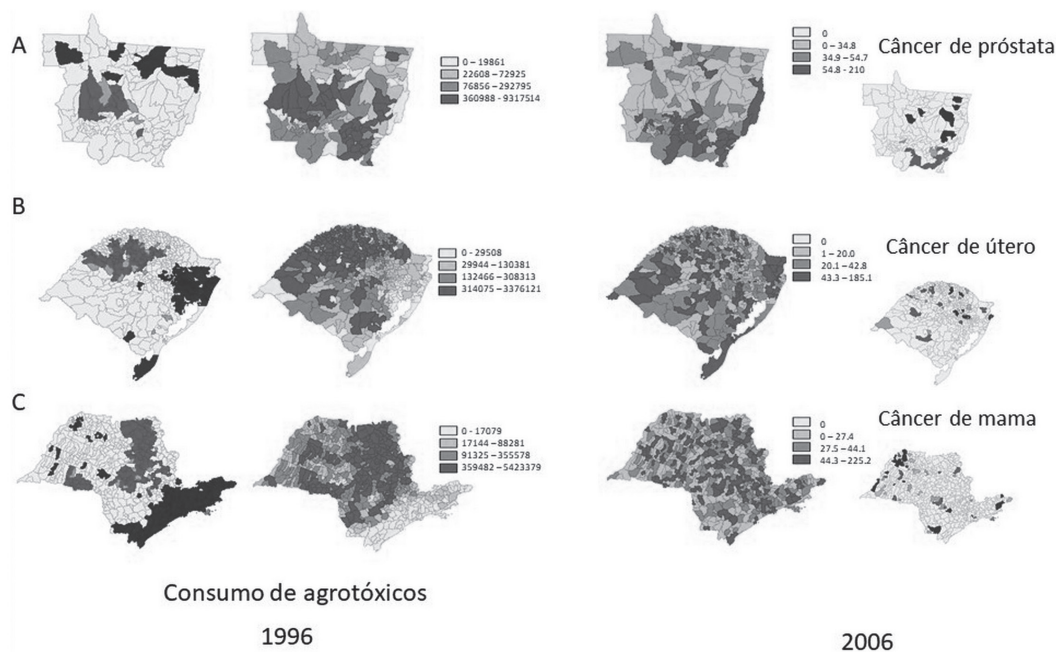
No que se refere ao estado do PR e seus municípios, para o câncer de mama, os municípios apresentaram uma tendência estatisticamente significativa de incremento de taxa, sendo que o mesmo não ocorreu para o estado: $APC_{municípios} = 0,6^*$ ($IC_{95\%} = 0,0; 1,2$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰¹⁶. Para o câncer de útero, tanto o estado como os municípios estudados apresentaram períodos com tendências distintas, sendo que o período que apresentou incremento foi estatisticamente significativo apenas para os municípios: $APC_{municípios} = 5,1^*$ ($IC_{95\%} = 0,5; 9,9$)²⁰⁰⁹⁻²⁰¹⁶. O período que apresentou tendência de queda da taxa de mortalidade foi estatisticamente significativo tanto para o estado como para os

municípios estudados, porém com maior tendência de queda para os municípios: $APC_{estado} = -2,9^*$ ($IC_{95\%} = -3,6; -2,1$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰¹⁴ e $APC_{municípios} = -5,7^*$ ($IC_{95\%} = -8,5; -2,8$)¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰⁹. No que se refere ao câncer de próstata, os municípios estudados apresentaram apenas uma tendência de queda, embora não estatisticamente significativa. O estado, por sua vez, apresentou dois períodos com tendências diferenciadas, sendo que o de queda não foi estatisticamente significativo, ao contrário do período de incremento: $APC_{estado} = 3,5^*$ ($IC_{95\%} = 1,7; 5,3$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰⁰⁵ e $APC_{estado} = 2,2^*$ ($IC_{95\%} = 0,1; 4,4$)²⁰⁰⁸⁻²⁰¹⁶.

Em relação ao estado do Rio Grande do Sul, as taxas referentes ao câncer de mama e próstata apresentaram tendências diferentes para o estado e para os municípios estudados, sendo de queda para o estado e de incremento para os municípios, ambas sem significância estatística. Em relação ao câncer de útero, municípios estudados e estado apresentaram tendência de queda estatisticamente significativa, sendo maior para o estado, que também apresentou uma tendência de crescimento em outro período, porém sem significância estatística: $APC_{municípios} = -2,1^*$ ($IC_{95\%} = -2,8; -1,4$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰¹⁶; $APC_{estado} = -3,8^*$ ($IC_{95\%} = -4,7; -2,9$)¹⁹⁹⁶⁻²⁰¹⁰.

A distribuição geográfica do consumo de agrotóxicos no ano de 1996 e as taxas de mortalidade para cada tipo de câncer em 2006 que melhor se correlacionaram com o consumo estão apresentadas na *figura 2*. O estado de MT apresentou uma elevada concentração de taxas de mortalidade no sul do estado e nos arredores dos municípios com maior estimativa de uso de agrotóxicos DE. Isso foi observado para os três cânceres analisados: mama, útero e próstata.

Figura 2. Distribuição do consumo de agrotóxicos e da taxa de mortalidade por câncer de mama, útero e próstata para o estado de Mato Grosso e seus respectivos mapas do indicador de autocorrelação espacial local (Moran's Lisa), 1996 e 2006



Fonte: Elaboração própria.

No estado do PR, houve maior concentração de taxas no norte e sudoeste do estado para todos os tipos de câncer. As áreas mencionadas apresentaram moderada e elevada estimativas de uso de agrotóxicos DE, respectivamente.

Já no estado do Rio Grande do Sul, as maiores concentrações de taxas de mortalidade foram encontradas no oeste e nordeste do estado. Essas regiões apresentaram moderada e alta estimativas de uso de agrotóxicos DE.

O estado de SP apresentou uma distribuição de taxas mais homogênea, podendo-se notar apenas uma menor concentração no sul e sudeste do estado, onde estão localizadas as áreas com menor estimativa de consumo de agrotóxicos DE, além do oeste do estado.

O padrão se repetiu para todos os tipos de câncer avaliados. Os mapas do indicador

local Lisa apresentados na *figura 2* revelam a existência de grupos de municípios com características similares em relação ao padrão de consumo de agrotóxicos e de taxas de mortalidade para os cânceres avaliados, formando os *clusters* e rejeitando a hipótese nula de que o território é espacialmente homogêneo. Em vermelho, estão aquelas regiões de elevados valores com municípios vizinhos similares, conhecidas como *hot spots*. Aqueles locais em azul são similares nos baixos valores, conhecidos como *cold spots*.

Os quatro estados analisados mostraram forte autocorrelação espacial, com pontos bem definidos de *hot spots* no consumo de agrotóxicos no ano de 1996. À exceção do estado do MT, os outros estados não mostraram *hot spots* bem definidos nas taxas de mortalidade por câncer.

Tabela 2. Valores do teste de correlação de Spearman aplicados para verificar a relação entre o consumo de agrotóxicos e as taxas de mortalidade de câncer

Estado	Tipo de Câncer	1996 - 2005	2005 - 2014
		Meca*	Meca**
Mato Grosso	Mama	0,25	0,11
	Útero	0,13	0,18
	Próstata	0,25	-0,12
Paraná	Mama	0,12	0,09
	Útero	0,04	0,09
	Próstata	-0,03	0,05
São Paulo	Mama	0,13	-0,09
	Útero	0,03	-0,02
	Próstata	0,04	0,01
Rio Grande do Sul	Mama	0,07	0,05
	Útero	0,17	0,07
	Próstata	0,14	0,13

Fonte: Elaboração própria.

*Cálculo realizado utilizando-se os dados de Média da Estimativa de Consumo de Agrotóxicos - Meca (1996-1998) e as taxas de mortalidade de câncer dos anos de 2005-2007;

**Cálculo realizado utilizando-se os dados de Média da Estimativa de Consumo de Agrotóxicos - Meca (2005-2007) e as taxas de mortalidade de câncer dos anos de 2014-2016.

A *tabela 2* apresenta os resultados da análise de correlação de Spearman, utilizando os dados de estimativa de consumo de agrotóxicos dos triênios de 1996-1998 e 2005-2007, relacionados às taxas de mortalidade dos triênios de 2005-2007 e 2014-2016, respectivamente. Para a primeira associação, 1996-2005, foram encontrados valores de correlação estatisticamente significativos para o câncer de mama nos estados de MT, PR, SP (0,25; 0,12; 0,13, respectivamente), sendo a maior associação presente no estado de MT. O mesmo ocorreu para o câncer de próstata, cuja maior associação foi vista para o estado de MT (0,25), mas sendo também significativa para o estado do RS (0,14). Em relação ao câncer de útero, apenas o estado do RS apresentou associação estatisticamente significativa (0,17).

Para a segunda associação, 2005-2014, nenhum dos estados analisados apresentou valores de correlação estatisticamente significativos para o câncer de mama. Os estados de MT e PR apresentaram associação

estatisticamente significativa para o câncer de útero (0,18; 0,09), respectivamente. Em relação ao câncer de próstata, apenas o estado do RS apresentou associação estatisticamente significativa (0,13).

Discussão

Utilizamos dados sobre a área destinada à produção de grãos e realizamos a estimativa de consumo baseado no quantitativo informado nas bulas dos agrotóxicos em vez da quantidade de agrotóxicos comercializada, que seria um indicador mais fidedigno da situação real da população dos estados e municípios analisados em relação à exposição a agrotóxicos. Nesse contexto, destaca-se a dificuldade para se trabalhar com informações relativas à comercialização de agrotóxicos tanto pela incompletude como pela restrição ao acesso a esses bancos de dados.

Os dados existentes atualmente sobre a vendas de agrotóxicos são compilados pelo

Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e de Recursos Naturais Renováveis (Ibama), que emite anualmente, desde 2009, “boletins anuais de produção, importação, exportação e vendas de agrotóxicos no Brasil”¹⁶. Esse documento apresenta somente os dados brutos sobre a comercialização nos estados por princípios ativos. Porém, não existem dados sobre a comercialização nos municípios brasileiros e tampouco estão disponíveis dados sobre a utilização desses ingredientes ativos nas unidades da federação ou em seus municípios. Assim, os dados referentes à comercialização de agrotóxicos no País estão disponíveis apenas para os estados, sem considerar a distribuição para os municípios.

No Brasil, embora a lei obrigue a apresentação de receituário agrônomo, muitas vezes, a norma é burlada, decorrendo em uma imprecisão do real volume de agrotóxicos utilizados no País, podendo-se inferir que o volume de agrotóxicos comercializados oficialmente tende a ser menor que o real¹⁶. Apesar de não ser a melhor medida de exposição e um fator de limitação deste estudo, essa mensuração é um meio para a realização de tais pesquisas, uma vez que as informações de acesso público sobre comercialização de agrotóxicos são escassas e não informatizadas. Outros estudos brasileiros também utilizaram metodologias semelhantes¹⁸⁻²³.

O cultivo dos grãos analisados, i.e., algodão, cana-de-açúcar, milho e soja, é caracterizado pela utilização de extensas áreas de terras, mecanização do plantio e da colheita e pelo uso de agrotóxicos em grande quantidade. Tais características propiciam uma exposição ambiental que extrapola os limites da plantação, expondo não apenas trabalhadores rurais, mas também a população geral, residente próxima dessas lavouras ou consumidora de alimentos e água contaminados²⁴. Um estudo brasileiro realizado no município de Lucas do Rio Verde (MT) demonstrou que 88% das amostras de sangue de trabalhadores e de residentes do município estavam contaminadas por glifosato e que 61% das amostras de urina eram

positivas para, pelo menos, um tipo de inseticida organoclorado²⁵.

Quanto à contaminação por agrotóxicos, a população rural tende a ser mais atingida que a população urbana. No que se refere às populações brasileiras, um estudo divulgado recentemente pelo IBGE propõe nova metodologia para a reclassificação dos municípios entre rural e urbano. Pelos critérios atuais, o espaço urbano é determinado por lei municipal, sendo o rural definido por exclusão à área urbana. Ainda segundo o documento, os limites oficiais entre zona urbana e zona rural são, em grande parte, instrumentos definidos segundo objetivos fiscais que enquadram os domicílios sem considerar necessariamente as características territoriais e sociais do município e de seu entorno²⁶. Assim, ainda que boa parte dos brasileiros viva nas áreas predominantemente urbanas, o número de cidades com essas características seria de apenas 26% das 5.565 existentes.

Pelo levantamento realizado, o País teria mais municípios predominantemente rurais, que representariam 60,4% das cidades brasileiras, tendo esses espaços características relacionadas à matriz econômica brasileira, que é voltada para a produção de *commodities*²⁶. Em relação às áreas urbanas brasileiras, há a tendência atual de aumento do uso de agrotóxicos devido aos esforços de combater os surtos de doenças transmitidas por vetores, como é o caso da infecção pelo vírus Zika. Essa ação tem potencial de aumentar a exposição a pesticidas para toda a população. Considerando o exposto, grande parte da população brasileira estaria vulnerável à exposição aos agrotóxicos.

Em relação ao consumo de agrotóxicos no Brasil entre 2007 e 2013, a relação de comercialização de agrotóxicos por área plantada aumentou 1,59 vezes, passando de 10,32 quilos por hectare (kg/ha) para 16,44 kg/ha. Nesse período, o quantitativo de agrotóxicos comercializados no País passou de aproximadamente 643 milhões para 1,2 bilhão de quilos e a área plantada total aumentou de 62,33 milhões para 74,52 milhões de hectares. Isso representa

um aumento de 90,49% na comercialização de agrotóxicos e uma ampliação de 19,5% da área plantada²⁷.

Além do aumento quantitativo dessas substâncias, soma-se a relevância qualitativa em termos da periculosidade dos agrotóxicos utilizados no Brasil. Em MT, por exemplo, dentre os 50 agrotóxicos mais utilizados, encontram-se vinte para os quais há evidências epidemiológicas de que, além de atuarem como DE, são agentes mutagênicos e teratogênicos²⁵. Considerando a diversidade de compostos químicos utilizados na agricultura como agrotóxicos, possivelmente alguns deles estão relacionados ao desenvolvimento dos tipos de câncer estudados.

A associação entre exposição a agrotóxicos e taxas elevadas de doenças crônicas, dentre elas diferentes tipos de câncer, tem sido alvo de estudos nos últimos anos^{28,29}. No estudo ecológico realizado por Koifman et al.³⁰, ficou demonstrado, em alguns estados brasileiros, a correlação entre consumo de agrotóxicos, volume de agrotóxicos vendidos em 1985 e manifestações endócrinas na população exposta, que apareceram anos depois da exposição. Coeficientes de correlação moderados e elevados foram observados para a maioria dos indicadores dos desfechos analisados: infertilidade e câncer do testículo, mama, próstata e ovário.

Estudos que avaliaram a exposição a agrotóxicos Poluentes Orgânicos Persistentes (POP) e sua concentração no sangue de indivíduos expostos mostram que existe uma associação para os desfechos de câncer de próstata^{31,32}; câncer de colo do útero³³, câncer do colo do útero, do útero, da vagina e do ovário³⁴.

Num estudo caso-controle realizado no Rio de Janeiro, procuraram-se informações epidemiológicas para formular hipóteses sobre o aumento das taxas de câncer de mama em mulheres jovens, com menos de 40 anos de idade. Entrevistaram-se 110 mulheres com idade entre 20 e 35 anos diagnosticadas com câncer de mama. As maiores associações de risco encontradas diziam respeito ao uso

residencial de agrotóxicos, OR = 5,62 (IC 95% 2,63-12); à realização de radiografias diagnósticas odontológicas, OR = 2,15 (IC 95% 1,22-3,77); e ao fato de morarem perto de um transformador de energia elétrica OR = 1,53 (95% 0,77-3,04), sendo o maior risco referente ao contato com agrotóxicos. Os resultados desse estudo destacaram a importância da contribuição de agentes ambientais para a carcinogênese da mama entre mulheres jovens³⁵.

No estudo mexicano de Polanco et al.³³, avaliou-se a exposição de mulheres a agrotóxicos POP provenientes do consumo de água contaminada. Avaliaram-se 18 municípios com altas taxas de mortalidade devido ao câncer do colo do útero, classificados em três áreas: pecuária, agricultura e metropolitana. Nas três regiões, foram encontrados resíduos de agrotóxicos no sangue das mulheres, diferindo-se, principalmente, o princípio ativo encontrado. O estudo demonstrou altos índices de agrotóxicos nas mulheres com câncer do colo do útero numa região com altas taxas de mortalidade pela doença³³.

No estudo de meta análise realizado por Kabir et al.³⁶, foram avaliados artigos para identificar se havia risco para o câncer de próstata frente à exposição a agrotóxicos compostos de clorofenol, um grupo de agrotóxicos que apresenta dioxinas tóxicas em sua composição. Após combinações de análises estatísticas, o estudo concluiu que esses agrotóxicos são importantes fatores de risco para o câncer de próstata.

Em relação às taxas encontradas nos estados, é relevante observar que o envelhecimento é um importante fator para o desenvolvimento de câncer, e os estudos têm observado que o risco se eleva progressivamente com o aumento da idade³⁷. No entanto, a distribuição etária das faixas mais idosas é mais homogênea entre os estados, e não poderia, por si só, explicar as taxas mais elevadas de mortalidade em determinadas áreas geográficas. Tal fato sugere a coexistência de outros fatores, além do envelhecimento, influenciando o padrão observado.

Pode-se observar também que não houve homogeneidade nas distribuições das taxas para os diferentes tipos de câncer nos estados. Enquanto o estado do MT revelou padrões mais visíveis, o mesmo não ocorreu com o estado de SP, por exemplo. Parte dessa diferença pode ser explicada pelas iniquidades em saúde presentes nos estados brasileiros. O acesso a serviços de saúde para o rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer tem impacto favorável na sobrevida do paciente.

Citando como exemplo o câncer de mama, observam-se diferenças na sobrevida pela doença em regiões que apresentavam homogeneidade de atenção à saúde com relação aos protocolos clínicos de abordagem em oncologia, sendo a pior sobrevida relacionada a baixos marcadores de investigação diagnóstica, o que pode significar diagnóstico tardio ou classificação inadequada do tumor, resultando em tratamento tardio, inadequado ou não realizado³⁸.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, pode-se afirmar que a proporção da população feminina de 50 a 69 anos que relatou ter realizado sua última mamografia nos últimos dois anos foi maior no Sudeste (63,8%), seguida pelo Sul (55,1%), região Centro-Oeste (52,4%), região Nordeste (39,8%) e Norte (35,3%). Além disso, 62,8% das mulheres da região Norte e 59,9% da região Nordeste nunca haviam realizado uma mamografia³⁹. Esses dados demonstram as diferenças existentes no território brasileiro em relação ao acesso aos serviços de saúde e podem explicar a redução da mortalidade da doença em algumas regiões dos estados.

Outra questão a ser considerada é a limitação inerente à utilização de dados de mortalidade como medida de desfecho, que podem ser influenciados pelo acesso ao diagnóstico e tratamento e sobrevida da doença. As taxas de incidência refletiriam com mais acurácia o risco da doença, porém não se dispõe desses dados para o Brasil e seus estados. Além disso, a heterogeneidade da qualidade dos dados de mortalidade entre as regiões brasileiras pode

influenciar na generalização dos resultados observados. Visando a reduzir algumas dessas limitações, este estudo trabalhou com variáveis disponíveis em bancos de dados de abrangência nacional, rotineiramente utilizados em pesquisas e informações de mortalidade por câncer que têm sido consideradas mais fidedignas⁴⁰.

Alguns estudos brasileiros relacionaram a exposição a agrotóxicos e agravos referentes a desfechos relacionados ao câncer: aumento do risco para câncer de próstata^{23,41}, exposição materna e aumento da taxa de leucemia em crianças menores de dois anos⁴², bem como aumento da morbimortalidade por câncer infanto-juvenil no estado de MT⁴³. Aumento da morbimortalidade por neoplasias em municípios com maior consumo de agrotóxicos no estado do Ceará⁴⁴. Aumento da mortalidade por câncer cerebral numa região rural no estado do Rio de Janeiro⁴⁵.

Em relação às tendências apresentadas pelo joinpoint, apenas o estado do MT apresentou tendências de incremento nas taxas de câncer de mama e próstata, não sendo estatisticamente significativas as tendências observadas nos municípios. Por outro lado, o estado também apresentou maiores discrepâncias nas taxas apresentadas. Optou-se por estudar a mesma porcentagem de municípios nos estados. O pequeno número de municípios estudados, 15, pode ter contribuído para os dados apresentados em ambos os casos.

Neste estudo ecológico exploratório, foi possível observar a distribuição geográfica das taxas de mortalidade para os diferentes tipos de câncer nos estados analisados. Apesar de os padrões não serem tão aparentes, como é o caso do estado de SP, as análises de tendência ajudaram a fortalecer a hipótese que, em locais com maior produção de grãos e conseqüentemente maior uso de agrotóxicos, há também maiores concentrações de taxas de mortalidade.

Apesar dos obstáculos metodológicos que dificultam a elaboração de estudos sobre o assunto, é importante que sejam realizados

para alertar sobre problemas de saúde causados à população e propor novas soluções em razão da utilização maciça desses produtos químicos. Outro obstáculo é o controle efetivo da comercialização desses itens, que é muito pequena no cenário brasileiro. Os dados referentes ao uso de produtos não são sistematizados em bancos de dados informatizados para a grande maioria dos estados. Isso dificulta a mensuração do impacto da exposição sofrida pela população.

Além disso, há grandes investimentos fornecidos às indústrias de agrotóxicos no comércio brasileiro. Vários subsídios governamentais foram concedidos direta ou indiretamente a essas empresas, quer pela obtenção de crédito rural previsto àqueles que adotam esse modelo de agricultura quer pela isenção do imposto sobre o comércio de agrotóxicos, o que, conseqüentemente, aumenta o consumo dessas substâncias.

Outro agravante nesse contexto é a permissão que garante às empresas o direito de comercializar no Brasil produtos proibidos no estrangeiro, o que demonstra uma fraca política de monitoramento ambiental no consumo de agrotóxicos por parte do governo brasileiro. Através da ação do *lobby* exercido por essas empresas junto a parlamentares e gestores, há pressões políticas e econômicas intensas sobre órgãos reguladores brasileiros responsáveis pelas reavaliações desses produtos, gerando interferência nas decisões nacionais sobre a matéria.

Atualmente, o Projeto de Lei nº 6.299/2002 está sendo discutido no parlamento brasileiro, o que tornaria ainda mais fácil a comercialização de substâncias que já foram proscritas em outros países. Diversas entidades científicas e da sociedade civil enviaram notas de repúdio a tal projeto⁴⁶. A Organização das Nações Unidas (ONU) enviou especificamente uma carta ao governo brasileiro indicando que o projeto significa um enfraquecimento dos critérios de aprovação para a comercialização de pesticidas, constituindo-se em ameaça aos direitos humanos⁴⁷.

Conclusões

A motivação deste trabalho deveu-se à análise da distribuição espacial da produção, o quantitativo de uso, bem como a discriminação de agrotóxicos em lavouras nos estados do MT, PR, RS e SP. Associaram-se os impactos dessa prática com a exposição da população afeita a tais áreas, verificando-se, assim, as taxas de mortalidade para os cânceres de mama, útero e próstata.

Os dados advindos desta análise evidenciaram que a exposição ambiental tem aumentado ao longo do tempo e influenciado, significativamente, na taxa de mortalidade para os cânceres estudados na população dos estados analisados. Cabe destacar que pesquisas sobre o padrão de distribuição espacial da mortalidade têm implicações profundas para o direcionamento de políticas públicas. Primeiro, porque ajudam a entender como certos processos saúde ou doença ocorrem de forma diferente de acordo com as regiões e até que ponto áreas vizinhas ou geograficamente próximas estão relacionadas. Segundo, porque constituem uma aproximação para identificar regiões e grupos populacionais mais vulneráveis.

Este estudo contém algumas limitações próprias da metodologia empregada devidas à possível existência de um viés de agregação ou falácia ecológica. Em estudos ecológicos, a observação da existência de uma relação entre duas variáveis no nível agregado não implica, necessariamente, que essa relação se mantenha no nível individual. No entanto, os resultados encontrados nesta pesquisa exploratória fornecem expressiva fundamentação teórica para futuros estudos, de forma a comprovar a hipótese levantada. Nesse sentido, estudos epidemiológicos analíticos de coorte ou caso-controle serão importantes para encontrar evidências da associação entre a exposição a agrotóxicos e a ocorrência dos cânceres em grupos populacionais brasileiros.

Cabe destacar que, em relação ao contexto brasileiro, é necessário que haja o

aprimoramento do controle do uso de agrotóxicos, associado a uma avaliação rigorosa desses contaminantes no ambiente, incluindo alimentos, água potável, ar e solo. Considerando que, no País, o comércio de agrotóxicos tem apresentado crescimento exponencial nos últimos dez anos, o estabelecimento de ações de vigilância referente a tais produtos torna-se ainda mais essencial.

Colaboradores

Dutra LS (0000-0003-3350-1365)*, Ferreira AP (0000-0002-7122-5042)*, Horta MAP (0000-0003-4117-5379)* e Palhares PR (0000-0002-9016-007X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brennan P. Gene-environment interaction and aetiology of cancer: what does it mean and how can we measure it? *Carcinogenesis*. 2002; 23(3):381-7.
2. Tabrez S, Priyadarshini M, Priyamvada S, et al. Gene-environment interactions in heavy metal and pesticide carcinogenesis. *Mutation Research – Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*. 2014; (760):1-9.
3. Soffritti M, Belpoggi F, Esposti DD, et al. Consequences of exposure to carcinogens beginning during developmental life. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2008; 102(2):118-24.
4. Porto MF, Soares WL. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2012; 37(125):17-31.
5. Seidler A, Hammer GP, Husmann G, et al. Cancer risk among residents of Rhineland-Palatinate wine-growing communities: a cancer-registry based ecological study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2008; (3):12.
6. Gasnier C, Dumont C, Benachour N, et al. Glyphosate-based herbicides are toxic and endocrine disruptors in human cell lines. *Toxicology*. 2009; 262(3):184-191.
7. Falconer IR, Chapman HF, Moore MR, et al. Endocrine-disrupting compounds: a review of their challenge to sustainable and safe water supply and water reuse. *Environmental Toxicology*. 2006; 21(2):181-191.
8. Mustafa AM. Endocrine disrupting chemicals (EDCs): it's impact on health. *Health and the Environmental Journal*. 2010; 1(1).
9. Mnif W, Hassine AIH, Bouaziz A, et al. Effect of Endocrine Disruptor Pesticides: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011; 8(6):2265-2303.
10. Gilden RC, Huffling K, Sattler B. Pesticides and Health Risks. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2010; 39(1):103-110.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Acerca dos Agrotóxicos [internet] 2015. [acesso em 2019 jul 3]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_do_inca_sobre_os_agrotoxicos_06_abr_15.pdf.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Produção Agrícola Municipal. [internet]. 2019. [acesso em 2019 fev 14]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/ipp/brasil>.
13. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) [internet]. 2019. [acesso em 2019 jul 3]. Disponível em: http://agrofit.agricultura.gov.br/agrofit_cons/principal_agrofit_cons.
14. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, et al. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*. 2000; 19(3):335-351.
15. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
16. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Boletins anuais de produção, importação, exportação e vendas de agrotóxicos no Brasil [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 3]. Disponível em: <http://www.ibama.gov.br/relatorios/quimicos-e-biologicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos>.
17. Londres F. Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Justiça Ambiental; Articulação Nacional de Agroecologia; 2012.
18. De Siqueira MT, Braga C, Cabral-Filho JE, et al. Correlation between pesticide use in agriculture and adverse birth outcomes in Brazil: an ecological study. *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology*. 2010; 84(6):647-651.
19. Cremonese C, Freire C, De Camargo AM, et al. Pesticide consumption, central nervous system and cardiovascular congenital malformations in the South and Southeast region of Brazil. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2014; 27(3):474-486.
20. McKinnish T, Rees DI, Langlois PH. Seasonality in birth defects, agricultural production and urban location. *Economics & Human Biology*. 2014; 15(C):120-8.
21. Oliveira NP, Moi GP, Atanaka-Santos M, et al. Congenital defects in the cities with high use of pesticides in the state of Mato Grosso. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(10):4123-4130.
22. Markel TA, Proctor C, Ying J, et al. Environmental pesticides increase the risk of developing hypertrophic pyloric stenosis. *Journal of Pediatric Surgery*. 2015; 50(8):1283-1288.
23. Silva JFS, Silva AMC, Lima-Luz L, et al. Correlação entre produção agrícola, variáveis clínicas-demográficas e câncer de próstata: um estudo ecológico. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(9):2805-2812.
24. Carneiro FF, Pignati WA, Rigotto RM, et al. Dossiê ABRASCO: Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2012. (Parte 1 – Agrotóxicos, Segurança Alimentar e Saúde).
25. Belo MSSP, Pignati W, Dores EFGC, et al. Uso de agrotóxicos na produção de soja do estado do Mato Grosso: um estudo preliminar de riscos ocupacionais e ambientais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2012; 37(125):78-88.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e Caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Nacional Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 3]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agrotoxicos_otica_sistema_unico_saude_v1_t.1.pdf.
28. Mostafalou S, Abdollahi M. Pesticides and human

- chronic diseases: Evidences, mechanisms, and perspectives. *Toxicology and Applied Pharmacology*. 2013; 268(2):157-177.
29. Weichenthal S, Moase C, Chan P. A review of pesticide exposure and cancer incidence in the Agricultural Health Study cohort. *Environmental health perspectives*. 2010; 118(8):1117-1125.
 30. Koifman S, Koifman RJ, Meyer A. Human reproductive system disturbances and pesticide exposure in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; (03):18.
 31. Lim J-E, Nam C, Yang J, et al. Serum persistent organic pollutants (POPs) and prostate cancer risk: A case-cohort study. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2017; 220(5):849-856.
 32. Alavanja MCR, Samanic C, Dosemeci M, et al. Use of Agricultural Pesticides and Prostate Cancer Risk in the Agricultural Health Study Cohort. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157(9):800-814.
 33. Polanco Rodríguez ÁG, Riba López MI, DelValls Casillas TÁ, et al. Monitoring of organochlorine pesticides in blood of women with uterine cervix cancer. *Environmental Pollution*. 2017; 220(Pt B):853-862.
 34. Mathur V, John PJ, Soni I, et al. Blood levels of organochlorine pesticide residues and risk of reproductive tract cancer among women from Jaipur, India. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2008; (617):387-394.
 35. Ortega Jacome GP, Koifman RJ, Rego Monteiro GT, et al. Environmental exposure and breast cancer among young women in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Toxicology and Environmental Health. Part A*. 2010; 73(13-14):858-865.
 36. Kabir A, Zendehdel R, Tayefeh-Rahimian R. Dioxin Exposure in the Manufacture of Pesticide Production as a Risk Factor for Death from Prostate Cancer: A Meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2018; 47(2):148-155.
 37. Franceschi S, La Vecchia C. Cancer epidemiology in the elderly. *Crit. Critical Reviews in Oncology / Hematology*. 2001; 39(3):219-226.
 38. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, et al. Sobrevivida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2015; (31):1673-84.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura [internet]. 2011 [acesso em 2019 jul 3]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2011/f2301.def>.
 40. Nunes J, Koifman RJ, Mattos IE, et al. Confiabilidade e validade das declarações de óbitos por câncer de útero no município de Belém, Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; (20):1262-8.
 41. Cypriano AS, Alves G, Ornellas AA, et al. Relationship between XPD, RAD51, and APEX1 DNA repair genotypes and prostate cancer risk in the male population of Rio de Janeiro, Brazil. *Genetics and Molecular Biology*. 2017; 12(40):751-8.
 42. Ferreira JD, Couto AC, Pombo-de-Oliveira MS, et al. In Utero Pesticide Exposure and Leukemia in Brazilian Children 2 Years of Age. *Environmental Health Perspectives*. 2013; 121(2):269-275.
 43. Curvo HRM, Pignati WA, Pignatti MG. Morbidity and mortality from cancer children and adolescents associated with the agricultural use of pesticides in the state of Mato Grosso, Brazil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2013; 21(1):10-17.
 44. Rigotto RM, Silva AMC, Ferreira MJM, et al. Trends of chronic health effects associated to pesticide use in fruit farming regions in the state of Ceará, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013; 16(3):763-773.
 45. Filho ALM, Koifman RJ, Koifman S, et al. Brain cancer mortality in an agricultural and a metropolitan region of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based, age-period-cohort study, 1996-2010. *BMC Cancer*. 2014; (14):320.
 46. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. [internet]

2018. [acesso em 2019 jun 07] Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sbpc-posiciona-se-contralei-do-veneno-em-tramitacao-na-camara-dos-deputados/34318/>.

nications/OL-BRA-5-2018.pdf.

47. Office of the High Commissioner for Human Rights. Comments on legislation and policy [internet] 2018. [acesso em 2019 jun 7]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ToxicWastes/Commu->

Recebido em 06/02/2020
Aprovado em 21/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: inexistente

Acidente de trabalho grave: perfil epidemiológico em um município do oeste do Paraná

Major accident at work: epidemiological profile in a western Paraná municipality

Bruna Tais Zack¹, Claudia Ross¹, Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa¹, Nelsi Salete Tonini¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012707

RESUMO Objetivou-se conhecer o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves em município do oeste do Paraná no período 2014-2018. Tratou-se de pesquisa quantitativa, retrospectiva, descritiva realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Realizou-se análise descritiva e estatística. Totalizaram-se 1.741 notificações, predominando a faixa etária de 25 a 45 anos, sexo masculino, raça branca, ensino médio completo, residência na cidade estudada e área urbana. A principal ocupação foi a de empregado doméstico nos serviços gerais, prevalecendo acidente típico, nas instalações do contratante, empresas não terceirizadas, carteira assinada, Comunicação de Acidente de Trabalho não preenchida, e tempo de serviço inferior a um ano. Acontecidos predominantemente no horário comercial, sem outros trabalhadores envolvidos. A maioria recebeu atendimento médico notificado na unidade hospitalar, mão mais atingida, regime de tratamento hospitalar mais frequente até evolução para incapacidade temporária. Destacou-se o grupo de quedas e traumas. Totalizaram-se 39 óbitos com principal ocupação de pedreiro. A maioria das variáveis foram significativas para ocorrência dos acidentes e desfecho. A ocorrência de óbito foi relacionada à parte do corpo atingida e à classificação da lesão. O conhecimento do perfil epidemiológico pode subsidiar estratégias de saúde na área de saúde do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE Acidentes de trabalho. Notificação de acidentes de trabalho. Epidemiologia.

ABSTRACT *The objective of this study was to know the epidemiological profile of individuals notified for serious work accidents in a municipality in western Paraná, in the period 2014-2018. This was a quantitative, retrospective, descriptive research carried out through the Information System for Notifiable Diseases (Sinan). Descriptive and statistical analysis was performed. There were a total of 1,741 notifications, with a predominance of the age group from 25 to 45 years old, male, white race, complete high school, residency in the studied city and urban area. The main occupation: domestic servant in general services, with a typical accident prevailing, at the contractor's premises, non-outsourced companies, a formal contract, Work Accident Report not completed, and length of service less than one year. Happened predominantly during business hours, with no other workers involved. Most received medical care, notified at the hospital, the hand most affected, the most frequent hospital treatment regime, the evolution to temporary disability. The group of falls and traumas stood out. There were 39 deaths with the main occupation of masons. Most variables were significant for the occurrence of accidents and outcome. The occurrence of death was related to the body part affected and the classification of the injury. Knowledge of the epidemiological profile can support health strategies in the area of occupational health.*

KEYWORDS *Accidents, occupational. Occupational accidents registry. Epidemiology.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
brunazack@hotmail.com



Introdução

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) tem por objetivo a proteção e promoção à saúde dos trabalhadores por meio de atenção integral. A principal estratégia do Ministério da Saúde é a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), composta pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Ceres), os quais visam a ações para melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores¹.

No ano de 2004, é oficializada a primeira portaria que regulamenta a notificação dos agravos relacionados à saúde de trabalhador². Desde então, ocorreram melhorias em sua vigilância. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas e implantadas no Sistema Único de Saúde (SUS), aliando-se a um conjunto de políticas públicas em função da necessidade de vigilância do agravo³. A portaria vigente sobre notificação de doenças e agravos de saúde elenca o acidente de trabalho grave como notificação compulsória⁴.

Segundo a Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991, são considerados acidentes de trabalho aqueles decorrentes do exercício laboral⁵. O acidente de trabalho grave é aquele cuja causa possa ser relacionada à atividade laboral e que resulte em mutilação e repercussão funcional incapacitante ou fatal⁶. É de comunicação obrigatória imediata à autoridade de saúde via notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁴.

A definição de caso de acidente de trabalho grave, de acordo com o Sinan, é aquele relacionado à atividade laboral, acontecido na execução da atividade ou no percurso da casa para o trabalho, resultando em morte, mutilação ou em menores de 18 anos⁷.

Estima-se que ocorram em todo mundo aproximadamente 317 milhões de acidentes de trabalho por ano, sendo que 2,34 milhões de pessoas morrem anualmente em função de acidentes por sua atividade laboral⁸.

Nesse contexto, destaca-se no cenário paranaense o acidente de trabalho grave como o segundo agravo mais notificado, perdendo apenas para o acidente de trabalho com exposição à material biológico⁹.

Diante do exposto, este estudo tem como pergunta norteadora: Qual o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves em município do oeste do Paraná no período de 2014-2018?

Material e métodos

Trata-se de pesquisa quantitativa, retrospectiva, descritiva que tem por objetivo identificar o perfil de trabalhadores notificados por acidente de trabalho grave ao Sinan no município de Cascavel (PR) no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 dezembro de 2018.

A pesquisa foi desenvolvida na divisão de Visat da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cascavel (PR), que é localizada na região oeste do Estado e possui 328.454 habitantes. O estudo contemplou a análise das notificações por acidente de trabalho grave ao Sinan no município para o período. O período proposto para o estudo foi determinado conforme disponibilidade e confiabilidade dos dados registrados no Sinan. O instrumento de coleta de dados foi construído com base em informações relevantes da ficha de notificação de acidente de trabalho grave, sendo aplicado ao TabWin[®] para obtenção e importação dos dados do Sinan⁹.

A análise estatística foi dividida em dois momentos. Primeiramente os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel[®], submetidos à estatística descritiva para verificar a significância (p-valor<0,05). Posteriormente, realizada análise de agrupamento para identificar similaridade entre os indivíduos nas variáveis e descobrir quais delas tinham relação com a ocorrência e com os óbitos por acidente de trabalho grave. Para isso, utilizou-se a distância de Manhattan para o cálculo da matriz de similaridades, sendo que

o número de grupos não foi fixado. A partir dos grupos obtidos, analisou-se quais deles continham um número muito baixo de sujeitos (inferior a 40), os quais foram descartados do conjunto de dados por serem considerados casos isolados.

Na sequência, com o novo conjunto de dados, realizou-se a caracterização geral utilizando os grupos restantes e o teste de Qui-quadrado para independência. Em situações de ferimento do pressuposto de frequência mínima esperada igual a 5, foi utilizado como teste de associação o método de Monte Carlo, com 5% de significância.

Na etapa de verificação do risco de óbito dos trabalhadores, apenas as variáveis que se mostraram associadas estatisticamente aos agrupamentos foram utilizadas (p -valor $<0,05$). Para tal, foi ajustado um modelo matemático pelo método de regressão logística binária. As variáveis significativas nos Qui-quadrados para independência foram consideradas como explicativas, e o desfecho do atendimento aos pacientes, com óbito ou não, como variável resposta do modelo. O ajuste do modelo de

regressão foi verificado pela estatística de Hosmer&Lemeshow.

Construiu-se uma curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para o modelo de regressão com a finalidade de avaliar sua habilidade em representar a realidade. Nessa curva, foram representados os valores de sensibilidade e especificidade do modelo ajustado. Todas as análises foram realizadas no programa licenciado XLStat® versão 2017.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer nº 3.423.313 e CAAE: 15675419.3.0000.0107.

Resultados

Em um primeiro momento, foi realizada análise descritiva dos resultados encontrados e identificada 1741 notificações de acidente de trabalho grave no município de Cascavel (PR) para o período estudado, conforme se observa na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição de frequência absoluta e relativa de indivíduos notificados para acidente de trabalho grave conforme ano de ocorrência. Cascavel (PR).

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total	p-valor
Casos (%)	362 (21%)	441 (25%)	245 (14%)	280 (16%)	413 (24%)	1741 (100%)	<0,05

Fonte: Elaboração própria.

O período do ano em que ocorreu a maior concentração de acidente de trabalho grave foi no segundo semestre entre as semanas epidemiológicas 28 a 52 ($n=967/55,6\%$), para todos os anos estudados.

A maior frequência de acidente de trabalho grave ocorreu em indivíduos com 25 a 45 anos, do sexo masculino, raça branca, com ensino fundamental incompleto e em residentes da zona urbana, como descrito na *tabela 2*.

Tabela 2. Distribuição de frequência absoluta e relativa para a caracterização sociodemográfica de indivíduos notificados para acidente de trabalho grave. Cascavel (PR)

Idade	Total %	p-valor
14 a 18	207 (11,9%)	<0,0001
19 a 24	272 (15,7%)	
25 a 45	816 (46,8%)	

Tabela 2. (cont.)

46 a 50	153 (8,8%)	
51 a 60	211 (12%)	
Mais de 60	82 (4,8%)	
Sexo	Total %	p-valor
Feminino	251 (14,4%)	<0,0001
Masculino	1489 (85,6%)	
Não consta	1 (0,05%)	
Raça/cor	Total %	p-valor
Branca	1354 (77,6%)	<0,0001
Preta	50 (3%)	
Amarela	7 (0,4%)	
Parda	311 (18%)	
Ignorado	17 (1%)	
Indígena	1 (0,05%)	
Escolaridade	Total %	p-valor
Analfabeto	12 (0,7%)	<0,0001
Ensino fundamental incompleto	520 (30%)	
Ensino fundamental completo	438 (25%)	
Ensino médio completo	456 (26%)	
Ensino superior completo	43 (2,5%)	
Ignorado	241 (14%)	
Não se aplica	10 (0,6%)	
Não consta	21 (1,2%)	
Zona de residência	Total %	p-valor
Urbana	1592 (91,4%)	<0,0001
Rural	116 (6,7%)	
Periurbana	3 (0,2%)	
Ignorado	2 (0,1%)	
Não consta	28 (1,6%)	

Fonte: Elaboração própria.

O município de residência relatado pela maioria dos indivíduos notificados foi a cidade onde realizou-se o estudo (n=1358/78%). As três ocupações pertencentes ao mesmo grupo estatístico e que apresentaram maior destaque foram a de empregado doméstico nos serviços gerais (n=197/11,3%), pedreiro (n=167/9,6%) e alimentador de linha de produção (n=125/7,2%).

Quanto ao tipo de acidente, o mais comum foi o típico (n=1522/87,4%), sendo que a maioria dos acidentes ocorreu nas instalações do contratante (n=1072/61,6%). A empresa, na maioria dos casos,

não era terceirizada (n=2996/57,2%). Quanto à situação trabalhista, a maioria dos indivíduos apresentou carteira assinada (n=1047/60,1%), ou seja, trabalhadores cuja contratação era regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Não ocorreu, na maioria dos casos, a realização da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (n=931/53,5%). Ocorreram mais notificações de trabalhadores com tempo de serviço inferior a um ano (n=616/35,4%).

O horário em que se sucedeu a maioria dos acidentes de trabalho graves foi no período das

7h00 às 17h00s (n=1353/77,8%), não havendo, na maioria dos casos, outros trabalhadores envolvidos (n=1583/90,9%).

A maioria dos trabalhadores notificados para acidente de trabalho grave recebeu atendimento médico (n=1688/97%). A unidade de atendimento com a mais significativa realização de notificações foi o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), localizado na cidade do estudo, Cascavel (PR), que é referência regional para atendimento em saúde em nível intermediário e alta complexidade (n=548/31,5%), seguida de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do mesmo município (n=429/24,6% e n=308/17,7%, respectivamente).

Tratando-se das partes do corpo atingidas no acidente, a mão foi a mais atingida (n=600/34,5%), seguida de membro superior (n=360/20,7%) e membro inferior (n=225/13%). No segundo e terceiro campos da ficha de notificação referente a outras partes do corpo atingidas, a maioria foi preenchida como 'não se aplica' (n=1452/83,4% e n=1656/95,1%, respectivamente), revelando que, na maioria dos acidentes notificados, apenas uma parte do corpo foi atingida.

O regime de tratamento que mais se destacou foi o hospitalar (n=966/55,5%), seguido do ambulatorial (n=722/41,5%) e da evolução dos casos mais frequentes para incapacidade temporária (n=1287/73,9%). No mecanismo do acidente, segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição (CID-10)¹⁰, o mais frequente foi o grupo de

quedas (n=1312/75,3%) e a lesão mais frequente foi o grupo dos traumas (n=1575/90,7%).

Quanto à mortalidade em função do agravo, ocorreram 39 óbitos (2,2%) diretamente relacionados ao acidente de trabalho grave, dentre os casos estudados. Dentre esses óbitos, as principais ocupações ou funções exercidas pelos acidentados foram pedreiro (n=7/18%), seguido de empregado doméstico nos serviços gerais (n=4/10,3%) e de motorista de caminhão (n=4/10,3%).

Em um segundo momento da análise dos dados, foi realizada a análise por agrupamento para verificar a similaridade entre os sujeitos a fim de se verificar quais variáveis apresentam relação quando se trata de notificações por acidente de trabalho grave e quais estão relacionadas à ocorrência de óbito nesses casos. Nessa, evidenciou-se a existência de nove grupos. Desses nove grupos, com base no número de elementos (número de indivíduos superior a 40), foram mantidos quatro grupos (G1- n=1332; G2- n=41; G3- n=305; G8- n=48). Ao todo, 15 indivíduos pertencentes aos outros grupos foram excluídos por não serem similares aos demais, por serem muito diferentes em relação aos outros casos notificados, podendo ser situações incomuns de acidentes que estatisticamente pode afetar as conclusões finais desta análise.

Na caracterização geral com base nos agrupamentos por grupos (G1, G2, G3 e G8; n=1726), pode-se perceber que todas as variáveis quantitativas mostraram associação estatística com os grupos (p-valor<0,05) (tabela 3).

Tabela 3. Médias ± desvios-padrão (DP) das variáveis quantitativas vinculadas ao acidente de trabalho grave, associadas aos agrupamentos, em relação aos agrupamentos. Cascavel (PR)

Variáveis	Grupos	Média DP	P
Tempo de trabalho (em anos)	1	8,3 ± 9,9	0,002
	2	8,8 ± 10,2	
	3	4,8 ± 8,1	
	8	8,4 ± 9,0	
Hora do acidente	1	12,5 ± 4,3	<0,001
	2	13,2 ± 4,0	

Tabela 3. (cont.)

Variáveis	Grupos	Média DP	P
	3	12,7 ± 5,2	
	8	13,0 ± 4,3	
Hora após o início da jornada	1	5,5 ± 6,3	<0,001
	2	8,2 ± 9,2	
	3	7,4 ± 7,2	
	8	4,2 ± 3,8	
Semana epidemiológica	1	27,7 ± 14,8	<0,001
	2	25,1 ± 15,2	
	3	30,5 ± 13,9	
	8	32,2 ± 11,7	

Fonte: Elaboração própria.

Ainda, na caracterização geral com base nos agrupamentos por grupos, em relação às variáveis qualitativas – ano, idade, sexo, gestante, raça, escolaridade, zona, situação trabalhista, local onde ocorreu o acidente, se o empregador era empresa terceirizada, CID do acidente, tipo de acidente, se houve outros trabalhadores atingidos, ocorreu atendimento médico, partes do corpo atingidas, CID da lesão, regime de tratamento, evolução do caso, óbito, preenchimento da CAT –, observou-se que apenas as variáveis ‘sexo’, ‘gestante’, se ‘houve outros trabalhadores atingidos’ e se ‘ocorreu atendimento médico’ não apresentaram associação estatística com nenhum dos agrupamentos formados, ou seja, não foram significativas na formação de tais grupos.

As variáveis quantitativas e qualitativas estatisticamente significativas (p -valor < 0,05) foram relacionadas com o desfecho do indivíduo que sofreu o acidente de trabalho grave, se óbito ou não, por meio do modelo de regressão logística binária. Ao todo, 17 variáveis quantitativas e qualitativas compuseram o modelo, sendo elas: tempo de trabalho em anos, hora do acidente, hora após o início da jornada, semana epidemiológica, raça, escolaridade, zona, local onde ocorreu o acidente, situação trabalhista, ser o empregador é uma empresa terceirizada, tipo de acidente, partes do corpo atingidas, CID do acidente, CID da lesão, regime de tratamento, evolução do caso, e ocorrência de CAT.

Devido ao elevado número de variáveis utilizadas na regressão, são exibidas na *tabela 4* apenas as variáveis e respectivas categorias que foram estatisticamente significativas no modelo de regressão, sendo elas: partes do corpo atingidas (membro superior), evolução do caso (óbito), ocorrência de CAT (marcado como ignorado), e CID da lesão no grupo de (traumatismos envolvendo múltiplas lesões). O modelo apresentou um ajuste adequado segundo a estatística de Hosmer&Lemeshow (Qui-quadrado= 4,34, GL=8, $p=0,8252$).

O modelo gerado demonstrou que indivíduos que tiveram o membro superior atingido no acidente de trabalho apresentaram 6,471 vezes mais risco de irem a óbito do que aqueles que não tiveram essa parte do corpo atingida (OR=6,471; IC95%: 1,089 – 38,436). Os sujeitos que apresentaram a CID da lesão na categoria de traumatismos envolvendo múltiplas lesões do corpo exibiram 11,666 vezes mais chances de irem a óbito do que aqueles que não tiveram esta lesão (OR=11,666; IC95%: 3,078 – 44,209). Aqueles cuja CAT foi marcada como ignorada exibiram baixa probabilidade de óbito (OR=0,052; IC95%: 0,005 – 0,528). Em relação à evolução do caso, os trabalhadores cujo desfecho foi óbito por acidente de trabalho grave apresentaram uma relação direta com a variável resposta do modelo (óbito), com o valor odds ratio elevado (*tabela 4*).

Tabela 4. Parâmetros obtidos para o modelo criado por meio da aplicação de regressão logística com o intuito de encontrar os fatores associados ao óbito de vítimas de acidente de trabalho grave. Cascavel (PR)

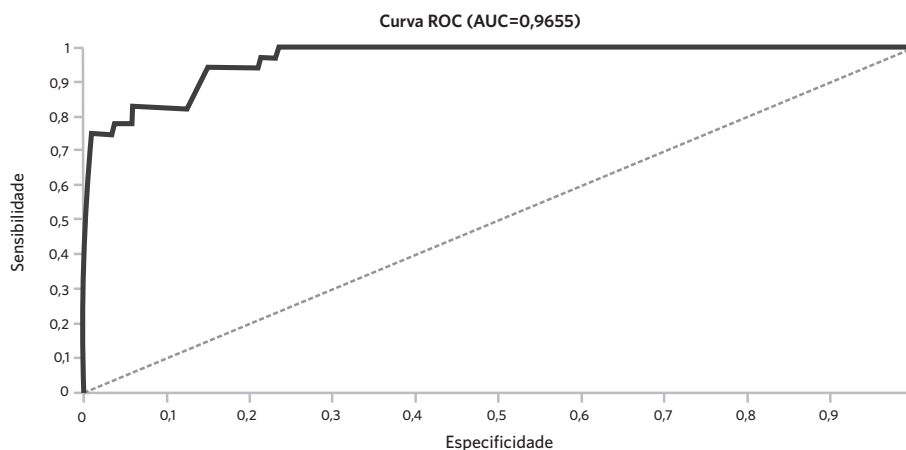
Fontes		Valores	p-valor	OR [IC95%]
Intercepto		-6,608	<0,001	
Partes do corpo atingidas	Membro superior	1,867	0,039	6,471 [1,089 - 38,436]
Evolução do caso	Óbito por acidente de trabalho grave	5,717	<0,001	304,267 [30,144 - 3071,196]
Fez CAT?	Ignorado	-2,939	0,012	0,052 [0,005 - 0,528]
CID da lesão	Traumatismos envolvendo múltiplas lesões do corpo	2,456	<0,001	11,666 [3,078 - 44,209]

Fonte: Elaboração própria.

A partir do modelo de regressão, as probabilidades foram estimadas, ordenadas e plotadas em um gráfico, fornecendo a curva ROC (*gráfico 1*). A área sob a curva ROC

mostrou que o modelo de probabilidades estimadas conseguiu prever aproximadamente 96,5% das variáveis associadas ao desfecho.

Gráfico 1. Curva ROC para o modelo de regressão logística binária com fatores preditivos ao desfecho de vítimas de acidentes de trabalho graves.



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

No mundo, milhões de pessoas morrem em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho¹¹. Um estudo do ano de 2018 revelou que, no Brasil, o número de acidentes de trabalho, bem como a mortalidade decorrente, é elevado, chegando a 717.911 acidentes

no ano 2013, com 2.797 óbitos. A região sul do país lidera o quesito acidentes de trabalho, com 158.113 casos e 1.879 óbitos em 2013, sendo a fonte de tais estudos o Sinan¹².

Segundo os dados recentes do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (OIT), no Brasil, entre o período de 2000 e 2018, houve 623,8 mil CAT informadas no sistema de

informações específico das CAT (Siscat), dos quais 20 mil evoluídos a óbito. No município de Cascavel (PR), houve, no mesmo período 2,4 mil notificações, das quais nove evoluídas a óbito¹³.

Destaca-se que, no Brasil, o acidente de trabalho é considerado um agravo de notificação compulsória à autoridade de saúde contemplando o acidente grave, fatal, em crianças e adolescentes e com exposição à material biológico⁴.

Neste estudo, analisaram-se os acidentes de trabalho graves ocorridos no município de Cascavel (PR) notificados ao Sinan.

Na análise descritiva, verificou-se que os anos de 2014, 2015 e 2018 apresentaram o maior número de notificações e que, para todos os anos estudados, a maior frequência ocorreu no segundo semestre.

O perfil sócio demográfico dos trabalhadores acidentados mostrou a predominância do sexo masculino e da faixa etária de 25 a 45 anos, corroborando outros estudos sobre a temática¹⁴⁻¹⁶. Em estudo realizado em Pernambuco, os achados também mostraram a predominância do sexo masculino e faixa etária de 30 a 44 anos¹⁶. Em se tratando especificamente de acidente de trabalho grave, estudo realizado em São José do Rio Preto observou a predominância do sexo masculino e faixa etária de 25 a 45 anos¹⁷.

O último boletim epidemiológico paranaense sobre saúde do trabalhador (2006-2016) mostra que o sexo masculino e a faixa etária de 20 a 34 anos apresentaram o maior número de acidentes de trabalho⁹, sendo tal característica também verificada em nível nacional, de acordo com dados do Ministério da Previdência Social^{8,9}. Neste estudo, ainda se destaca que a faixa etária de 14 a 18 anos teve 207 (11,9%) casos notificados, e a de mais de 60 anos de idade, 82 (4,8%) notificações. Mesmo não sendo estatisticamente significativo, tal achado merece atenção e possíveis estudos futuros acerca das causas de acidente de trabalho grave nessas faixas etárias, sobretudo entre adolescentes.

A raça de cor branca, predominante neste estudo, assemelha-se ao perfil da população

exposta a acidente de trabalho no Estado, de acordo com os registros do caderno estatístico paranaense⁹. No entanto, quando comparada a outras regiões do país observam-se divergências: estudo realizado no estado da Bahia verificou que 62,9% dos acidentados notificados eram pardos e 13,4% negros¹⁸.

Ressalta-se, nesse contexto, que cada região brasileira tem suas especificidades e características etno-raciais e que para cada uma delas pode-se observar a predominância ou não de determinada raça: na região sul há maior concentração da raça branca e na Bahia, da raça negra¹⁹.

A escolaridade predominante foi o nível fundamental incompleto (n=520/30%), convergindo com aquela encontrada para a população brasileira em pesquisas nacionais^{19,20}, sendo também mais frequente a ocorrência de acidentes nesse grupo^{15,19,21}.

É possível inferir uma associação de tal achado às características das atividades laborais mais observadas neste estudo: empregado doméstico nos serviços gerais, pedreiro e alimentador de linha de produção, ocupações que geralmente não exigem elevado nível de escolaridade^{15,19}.

O trabalhador de serviços gerais, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações, é aquele que desenvolve atividade no domicílio do empregador, como administração do lar, faxina, cuidado com plantas ou animais domésticos²².

Um estudo que descreveu o perfil dos acidentados em um município de Curitiba, estado de Santa Catarina, também obteve resultados semelhantes, sendo a ocupação mais associada o alimentador de linha de produção²³. No Paraná, recentemente, a ocupação com maior frequência de acidentes de trabalho grave foi a de ‘pedreiro’⁹ e no país, a de ‘trabalhadores de serviços’ (17,9%)⁸.

Ainda, nesse sentido, segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes)²⁴, no ano de 2019, no estado do Paraná, foram ofertadas 74.075 vagas de emprego formal, das quais 41.821 para o setor de ‘serviços’, 10.082 para a construção civil, 9.199 para o ramo industrial e as restantes

foram destinadas ao comércio e agricultura. As ocupações mais observadas no estudo coincidem com aquelas mais ofertadas no Estado.

Em outro trabalho que corrobora em parte os achados deste estudo, verificou-se que os ramos de atividade mais frequentemente relacionados a acidentes de trabalho foram serviços, comércio, indústria e construção civil, respectivamente²¹. Estudo mais recente mostrou que os setores com mais acidentes de trabalho no Brasil são as indústrias, agropecuárias e serviços¹².

O município e zona de residência da maioria dos indivíduos notificados foram o município de Cascavel (PR) e zona urbana, demonstrando que residem, trabalham e são atendidos no próprio município do acidente. A maioria dos casos recebeu atendimento médico, sendo o HUOP a unidade com mais notificações, dado que o trauma é seu perfil de atendimento, o que converge com o regime de tratamento mais ocorrido, o hospitalar.

As unidades hospitalares concentram significativa parte dos atendimentos dos acidentes de trabalho²⁵, sendo os atendimentos e internações hospitalares responsáveis por elevados custos relacionados aos acidentes de trabalho. Estima-se que, incluindo as internações, os gastos das doenças e acidentes de trabalho chegam a R\$71 bilhões por ano no Brasil¹⁵, sendo sua ocorrência considerada um problema de saúde pública por, dentre outros motivos, sua repercussão econômica²⁶.

Neste estudo, o tipo de acidente foi significativamente o típico. Eles são considerados como aqueles decorrentes da característica da atividade laboral desenvolvida pelo indivíduo⁸ e também são os mais prevalentes em outras pesquisas semelhantes sobre o tema^{19,27}.

Durante o ano de 2017, foram registrados na Previdência Social cerca de 549,4 mil acidentes do trabalho, sendo predominante o acidente típico (75,5%), o sexo masculino (68,9%), a faixa etária de 25 a 34 anos (32,6%). Os achados deste estudo, em se tratando desses aspectos, assemelham-se ao panorama nacional⁸.

A maior ocorrência das notificações foi de

acidente de trabalho grave acontecidos nas instalações do contratante, em que a empresa, na maioria dos casos, não era terceirizada e o trabalhador tinha a carteira assinada. No País, o trabalho informal vinha seguindo uma tendência decrescente desde 2012, embora, no ano de 2017, tal situação tenha se modificado em decorrência de mudanças no panorama político e econômico do Brasil.

Dados recentes revelam que a maior parte da população brasileira economicamente ativa do setor privado trabalha no estabelecimento do contratante (74,4 milhões de pessoas)²⁸, compatível com o achado deste estudo.

Segundo Pialarissi²⁶, a informalidade contratual trabalhista afeta os interesses dos trabalhadores, sendo, então, vantajosa para o trabalhador a formalização em função da regulamentação dos direitos trabalhistas e sociais, garantindo, caso necessário, amparo ao mesmo. O pesquisador associa ainda a terceirização à intensificação das jornadas e a baixos salários.

Acerca do registro em carteira de trabalho, observa-se em outros estudos realizados na Bahia¹⁸ e São José do Rio Preto¹⁷ resultados semelhantes, revelando que a maioria dos casos de acidentes de trabalho ocorreu com empregados registrados. A informalidade e a precariedade dos sistemas de informação podem tender a não demonstrar os reais acidentes de trabalho quando se tratam daqueles acontecidos com profissionais sem regulamentação²⁶.

A não realização ou preenchimento da CAT foi predominante neste estudo, achado semelhante a outro estudo sobre o tema²⁵. Segundo Fontana e Grillo²³, quando acontece um acidente de trabalho, a empresa tem obrigação legal do seu preenchimento, referente aos profissionais celetistas, a fim de registrar o agravo mediante possibilidade da necessidade de auxílio governamental. Nesse mesmo estudo, houve uma perda amostral de 2,6% em função do preenchimento precário das CAT analisadas, demonstrando que, além da não adesão, há também o preenchimento inadequado.

O preenchimento da CAT, mesmo sendo uma obrigação legal, no ano de 2007, passou a não ser mais requisito obrigatório para concessão de auxílio acidente ou doença, causando diminuição na adesão e seu preenchimento em todo território nacional, de acordo com a Previdência Social⁸.

Quanto ao tempo de execução da atividade laboral, foi mais frequente a notificação do acidente em trabalhadores que desempenhavam a função há menos de um ano. Estudo realizado em um centro referência de saúde do trabalhador em Minas Gerais sugere que a inexperiência não está totalmente relacionada à ocorrência de acidente de trabalho, informando que pode ser decorrente do mau manuseio de ferramentas comuns ao dia-a-dia, sendo a falta do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) (51,1%) e a falta de treinamento (69,5%) mais relevantes²⁵.

Nesse item, a prevenção de acidente de trabalho e a capacitação do trabalhador sobre a importância da segurança na execução de sua atividade laboral podem ser fortes aliadas²⁹. Dentre as várias medidas de prevenção, destaca-se o uso dos EPIs na manutenção da segurança do trabalhador. Outro estudo revela que, quanto à causalidade, a maioria dos acidentes de trabalho poderiam ter sido evitados com o uso adequado dos EPIs¹².

O uso de EPIs e de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) visam à minimização de riscos para acidentes, sendo direito dos trabalhadores o seu recebimento quando admitidos, pelo empregador, bem como receber capacitação na admissão e de forma contínua para garantir sua segurança³⁰. É importante que a empresa cobre do colaborador o uso do EPI durante toda a jornada de trabalho, fornecendo adequação e conforto do equipamento, bem como o investimento em EPC, principalmente nas empresas de pequeno porte.

No entanto, vale ressaltar que o uso e disponibilidade de EPI e EPC não são os únicos fatores de prevenção de acidentes de trabalho. Os acidentes são também decorrentes de outras variáveis e processos, a exemplo:

salários impróprios, instalações inadequadas, ausência de programas de promoção de saúde do trabalhador e prevenção de riscos, relações de trabalho, condições socioeconômicas e educação. Nesse sentido, a prevenção de acidentes de trabalho perpassa outros aspectos, como a promoção e a proteção da saúde do trabalhador por meio da vigilância de riscos nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde e pela organização e prestação da assistência à saúde do trabalhador^{31,32}.

Quanto ao horário da ocorrência de acidentes, neste estudo, verificou-se predominância nos períodos da manhã e da tarde. Em estudo realizado em um hospital de Teresina (PI), verificou-se que os acidentes de trabalho ocorreram no turno matutino (49%), seguido do vespertino (41%) e noturno (10%), demonstrando também maior incidência no horário comercial³³. Entretanto, verificou-se que a variável de horário do acidente é ainda pouco explorada em estudos sobre o tema.

A evolução do caso, neste estudo, é marcada pela incapacidade temporária, achado também predominante em nível nacional^{18,12,17,21}. Considerando-se que a própria definição do acidente de trabalho grave já sugere que para sua classificação deve ocorrer repercussão funcional⁶, espera-se encontrar nas notificações o registro de incapacitação do profissional. Tal resultado sugere a maior parte dos acidentes estudados não chegam ao ponto de apresentar incapacidade permanente ou óbito. Tal resultado sugere que a maior parte dos acidentes estudados não chega ao ponto de apresentar incapacidade permanente ou óbito, mas também que pode não haver uma continuidade de acompanhamento dos casos para identificar se, a longo prazo, a lesão tida como temporária passou a ser permanente.

Quanto aos mecanismos do acidente e lesão, os CID mais frequentes foram aqueles relacionados às quedas e traumas, respectivamente, sendo a mão a parte do corpo mais atingida, assemelhando-se a outros estudos^{14,34}.

Em um panorama nacional sobre acidentes de trabalho, os CID mais registrados e de maior

frequência são aqueles associados a ferimentos ou fraturas em punho e mão, parte do corpo mais atingida em acidentes típicos⁸. No Brasil, a maior causa de afastamentos das atividades laborais por acidentes de trabalho é decorrente de indivíduos que tiveram o membro superior atingido, ou quase 50% dos casos¹².

Quanto à mortalidade relacionada ao acidente de trabalho, não é esperado que o indivíduo seja exposto ao risco de morte em função da atividade laboral desempenhada. Nesse sentido, a legislação brasileira, por meio da CLT, normas regulamentadoras e legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde, visa ao fortalecimento dos direitos, segurança e saúde do trabalhador^{30,35,36}.

O achado de óbitos (n=39/2,2%) relacionados ao acidente de trabalho corrobora resultados de outro estudo realizado em Pernambuco, que identificou uma taxa de 2,9% de mortalidade no estado¹⁶. Ainda corroborando o resultado ora encontrado, observou-se em uma série histórica que, no Brasil, para o período 1998 a 2008, foram registrados 27.429 óbitos por acidentes de trabalho, gerando uma taxa de mortalidade de 2,25%²⁷. Em estudo epidemiológico recente sobre a saúde do trabalhador em nível nacional, a mortalidade por acidente de trabalho ainda apresenta valores alarmantes em diferentes regiões brasileiras, incluindo o Paraná, tornando-se necessárias ações, estratégias e políticas em diferentes esferas que propiciem mudanças nesse cenário³⁷.

Ainda, sobre a mortalidade por acidente de trabalho vale ressaltar a existência de subnotificações nos sistemas pertinentes. Um estudo que comparou os dados do Sinan com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em Belo Horizonte (MG) mostrou que existe a ocorrência de subnotificações de óbitos por acidentes de trabalho graves no Sinan³⁸. A justificativa para tal constatação seria o fato de esses sistemas não se inter-relacionarem, sendo alimentados separadamente.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datapus) no município de Cascavel (PR), ocorreu, no

período de 2012 a 2017, um total de 104 óbitos descritos nas declarações de óbitos como sendo motivados por acidente de trabalho, revelando uma diferença de pelo menos 65 óbitos entre os casos notificados nos dois sistemas, sugerindo que, no município de estudo, pode existir subnotificação.

No estado do Paraná, há um comitê de investigação de óbitos atuante, desenvolvido em 1997. Tem como fontes de dados as CAT notificadas, as Declarações de Óbito (DO) e o Sinan, cruzando dados dos sistemas de informação de todo o Estado⁴⁰. No período de 1997 a 2007, foram registradas 1682 amputações, 1461 óbitos, 242 óbitos em trajeto, segundo o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho no Paraná (Ceioart)⁴¹.

No informativo mais recente do Comitê, no período de 1998 a 2011, houve 4952 acidentes de trabalho analisados, 2145 ocorrências de amputação por acidentes de trabalho, 1911 acidentes com óbito e 896 óbitos em acidente de trabalho em trânsito⁴².

Neste estudo, a ocupação mais frequente relacionada aos óbitos por acidente de trabalho grave foi a de pedreiro. A construção civil, em função das características das atividades desenvolvidas, é um ambiente de trabalho que oferece consideráveis riscos ao trabalhador, como a ocorrência de acidentes e óbito^{1,16,43}. Corroborando a informação, em outro estudo, os autores afirmam que o trabalhador da construção civil está exposto aos acidentes graves de três a seis vezes mais, quando comparado a outros trabalhadores⁴⁴.

Em um segundo momento deste estudo, na análise de agrupamento por similaridade, foi possível verificar que a maioria das variáveis quantitativas e qualitativas estudadas foram importantes na formação dos grupos, ou seja, que a maioria delas apresentou relação determinante e condicionante aos acidentes de trabalho, bem como com o desfecho. Excetuaram-se as seguintes variáveis: sexo, gestante, houve outros trabalhadores atingidos e se ocorreu atendimento médico.

Os determinantes de saúde podem ser ambientais, econômicos, sociais, e estão relacionados ao estado de saúde da população⁴⁵. Assim, é fundamental conhecer os fatores ou variáveis determinantes e condicionantes de saúde, i.e., moradia, educação, transporte, acesso dos bens e serviços, condições de trabalho, para a formulação de políticas públicas destinadas à promoção de saúde³⁵.

Os profissionais de saúde devem ter embasamento sobre tais determinantes, pois podem atuar e agir de acordo com as necessidades da população, estabelecendo prioridades, bem como podem ser utilizados para acompanhar ou avaliar o processo da evolução dos agravos e das intervenções aplicadas no âmbito individual, institucional e social⁴⁶.

O estudo do perfil epidemiológico de indivíduos que sofreram acidente de trabalho grave possibilitou identificar fatores que determinam a saúde e influenciam a ocorrência dos acidentes de trabalho. Tal resultado pode subsidiar a formulação de ações, estratégias e políticas públicas direcionadas a esse grupo específico.

Em relação à identificação das variáveis ligadas estatisticamente ao óbito, o maior risco foi atribuído ao acometimento do membro superior no acidente e à classificação por traumatismos de múltiplas lesões. Embora esse seja o resultado encontrado neste estudo, tal achado diverge de outros encontrados na literatura, que, apesar de relacionarem traumatismo ao óbito, informam que a região mais atingida comumente e mais relacionada à fatalidade em acidentes de trabalho grave são a cabeça, tórax e membros inferiores^{15,19}.

Quanto à variável ligada ao menor risco de óbito, o preenchimento da CAT marcada como ignorada pode ser decorrente do preenchimento inadequado da ficha de notificação compulsória, bem como da questão conceitual sobre a definição de acidente de trabalho entre a previdência social e o Sinan, gerando diferença entre as notificações nos dois sistemas^{5,9}.

Achados desta pesquisa podem ter sido condicionados por essas incompletudes das fichas, sendo dois deles relevantes para compor o

perfil neste estudo, a saber: i) os óbitos estão estatisticamente relacionados ao acometimento do membro superior; ii) acidentes graves acontecerem predominantemente em homens, empregados domésticos nos serviços gerais. Ambos os resultados não são corroborados pela literatura produzida em nível nacional, merecendo, assim, novos estudos envolvendo inclusive outras fontes de dados para fins de comparação, corroboração ou cruzamento estatístico como exemplo CAT notificado e DO.

O preenchimento adequado dessas fichas oferece suporte para alimentação do Sinan de maneira mais fidedigna e, conseqüentemente, informações mais robustas na geração de indicadores que subsidiarão conhecimento de base territorial para a tomada de decisões e planejamento em saúde. No estudo, durante o levantamento dos dados verificou-se a existência de campos não preenchidos ou marcados como ignorados. Nesse sentido, a equipe de saúde tem papel fundamental no preenchimento das fichas de notificações de doenças e agravos de notificação compulsória⁴, sendo importante a conscientização dos profissionais e o treinamento adequado.

Conclusões

Este estudo revela que os resultados obtidos acerca do perfil de notificações de acidente de trabalho grave no município de Cascavel (PR), convergem com as estatísticas disponíveis em nível estadual e nacional e com resultados de outros estudos científicos realizados em diversas regiões do Brasil. Ressalta-se que, como limitação, houve a subnotificação do agravo, sobretudo do Sinan em relação ao SIM.

O conhecimento do perfil epidemiológico desses trabalhadores acidentados mostrou a predominância dos acidentes em uma faixa etária produtiva, sexo masculino, brancos, ensino fundamental incompleto, residentes na área urbana de Cascavel (PR). Esses trabalhadores exerciam, principalmente, a ocupação de empregado doméstico de serviços gerais e, em

sua maior parte, sofreram acidentes típicos nas instalações do contratante. A maioria possuía carteira de trabalho assinada, embora, em mais da metade dos casos, a CAT não foi preenchida. Os acidentes ocorreram em sua maioria em trabalhadores com tempo na função inferior a um ano e em horário comercial.

A maior parte dos acidentados recebeu atendimento médico, e o maior número de notificações ocorreu na unidade hospitalar. Destaca-se a mão como a parte do corpo mais atingida, o regime de tratamento hospitalar e a evolução dos casos para a incapacidade temporária. Ocorreram 39 óbitos entre esses trabalhadores notificados para acidente de trabalho grave. A maioria das variáveis estudadas foram significativas para ocorrência dos acidentes e desfechos dos casos, incluindo os óbitos.

O conhecimento do perfil epidemiológico de uma dada população, bem como dos fatores determinantes de saúde, contribui para subsidiar o planejamento em saúde nas localidades estudadas e para melhor compreensão do comportamento do agravo. Para realização de pesquisas neste enfoque, podem-se utilizar sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil. Neste estudo, utilizou-se o Sinan.

Durante o estudo, observou-se o não preenchimento ou forma inadequada de preenchimento de alguns campos das fichas de notificação dos acidentes. Elas alimentam o sistema de informação, que fornecerá subsídios acerca do agravo e do indivíduo que foram notificados. Também foi verificada a divergência entre os sistemas de informações.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do preenchimento adequado das notificações, o que permitirá a correta alimentação do sistema

de informação e a composição de dados mais fidedignos, que, por sua vez, subsidiaram a elaboração de ações, estratégias e políticas de prevenção, promoção e assistência à saúde do trabalhador.

Para finalizar, é necessária a capacitação permanente dos profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, acerca do conhecimento do perfil epidemiológico pertinente ao agravo em âmbito local, estadual e nacional; bem como suas especificidades como agravo de notificação compulsória, e de ações em Visat; além de novos estudos acerca do tema, em função da sua importância.

Agradecimentos

Agradecimento à Universidade Estadual do Oeste do Paraná e ao setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Município de Cascavel (PR).

Colaboradoras

Zack BT (0000-0003-1020-0535)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados. Ross C (0000-0003-0540-1455)* contribuiu significativamente para a elaboração da revisão crítica do conteúdo quanto orientador. Gouvêa LAVN (0000-0001-6641-7114)* e Tonini NS (0000-0003-4704-7634)* contribuíram para a aprovação da versão final do manuscrito mediante papel de banca do Trabalho de Conclusão de Residência da primeira autora. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cavalcante CAA, Cossi MS, Oliveira Costa, et al. Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. RAS [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 3]; 13(44):100-109. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2681.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 23 de abril de 2014. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 24 Abr 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. 23 Ago 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União. 17 Fev 2016.
5. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Jul 1991.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2019 dez 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN [internet]. [acesso em 2019 out 20]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>.
8. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social, 2017 [internet]. 2017. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2018/11/secretaria-lanca-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2017/>.
9. Paraná. Secretaria de estado de saúde. Boletim Epidemiológico da saúde do trabalhador no Paraná: notificações dos agravos da saúde do trabalhador no Paraná (2006 a 2016) [internet]. 2017 nov [acesso em 2019 dez 21]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/BOLETIM.pdf>.
10. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 10 rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
11. Organização Internacional do Trabalho. OIT Notícias: Brasil [internet]. 2016. [acesso em 2019 out 20]. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasil/lang-pt/index.htm>.
12. Possebom G, Alonço AS. Panorama dos acidentes de trabalho no Brasil. Nucleus [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 30]; 15(2):15-22. Disponível em: <http://nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/2691>.
13. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: <https://smar-tlabbr.org/sst/localidade/4104808>.
14. Miranda FMDA, Scussiato LA, Kirchof ALC. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho fatais. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2012 [acesso em 2019 nov 10]; 33(2):45-51. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22026>.
15. Malta DC, Stopa SR, Silva MMAD, et al. Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta bra-

- sileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 3]; (22):169-178. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.17862015>.
16. Campos AG, Gurgel ADM. Acidentes de trabalho graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de saúde em Pernambuco: uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. *Rev. Bras. Saúde Ocupac.* [internet]; 2016 [acesso 2020 jan 15];(41). Disponível em: link http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100208&script=sci_arttext&tlng=pt.
 17. Cardoso MG, Romero LO, Bachi ZC, et al. Caracterização das ocorrências de acidentes de trabalho graves. *Arquiv. Ciênc. Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2019 set 6]; 3(4):83-88. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/502>.
 18. Silva AR, Araújo TMD. Acidentes de trabalho grave no estado da Bahia no período de 2007 a 2012. *Rev. Baiana de Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 2]; (2):57-69. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2694>.
 19. Scussiato LA, Sarquis LMM, Kirchof ALC, et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 2]; 22(4):621-630. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S167949742013000400008&script=sci_arttext&tlng=en.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Apresentação PNAD contínua – Educação. Estatísticas Sociais. [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=1657>.
 21. Marinho CDS. Consequências econômicas em saúde com acidentes de trabalho: realidade do município de Piracicaba [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 147 p.
 22. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbo-site/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>.
 23. Fontana LO, Grillo LP. Perfil dos acidentes de trabalho em uma cidade de pequeno porte no sul do Brasil. *Saúde (Santa Maria)*. [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 28]; 44(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23894/pdf>.
 24. Paraná. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES. Saldo do emprego com carteira assinada no Paraná - janeiro 2001 - novembro 2019. [internet]. 2019 [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-12/emprego_formal.pdf.
 25. Júnior R. Acidentes de trabalho graves envolvendo membros superiores notificados em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador [dissertação] [internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2018. [acesso em 2020 jan 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.990>.
 26. Pialarissi R. Precarização do trabalho. *Revista de Administração em Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 28]; 17(66). Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11>.
 27. Almeida FS, Morrone LC, Ribeiro KB. Tendências na incidência e mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil, 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 2]; (30):1957-1964. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2014000901957&script=sci_abstract&tlng=pt.
 28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Adicionais do Mercado de Trabalho 2018 [internet]. 2018. [acesso em 2020 jan 25]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101694_informativo.pdf.
 29. Meireles NM, Oliveira Pinto F. A conscientização do trabalhador quanto à importância do uso do EPI na aerosoldas em Macaé. *Interdiscip. Scient. J.* [internet].

- 2016 [acesso em 2019 nov 2]; 3(1):46-62. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/viewFile/221/133>.
30. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário Oficial da União. 15 Nov 2005.
31. Lara R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. *Revista Katálysis* [internet]. 2011 [acesso em 2020 ago 24]. 14(1):78-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000100009>.
32. Rouquayrol MZ. *Rouquayrol: epidemiologia & saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.
33. Ribeiro PC, Ribeiro ACC, Lima Júnior FPB. Perfil dos acidentes de trabalho em um hospital de Teresina, PI. *Cogitare Enfer*. [internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 25]; 15(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17181>.
34. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Qualidade do registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais no Brasil. *Rev. Saúde Públ.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 25]; 51(120). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51/120/pt/>.
35. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
- 36 Brasil. Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União. 1 maio 1943.
37. Brasil. Ministério da Saúde. *A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil* [internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2020. [acesso em 2020 ago 18]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/epidemiologia-saude-trabalhador-ufba-ms-4mar20-isbn.pdf>.
38. Drumond EDF, Silva JDM. Avaliação de estratégia para identificação e mensuração dos acidentes de trabalho fatais. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 15]; 18:1361-1365. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n5/1361-1365/pt/>.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS (DATASUS). Óbitos por causas externas – Paraná. [internet]; 2019. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10pr.def.
40. Ramos Junior AJ. *Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do Estado do Paraná: uma experiência coletiva de produção de conhecimento e estruturação de política de saúde do trabalhador*. [dissertação] [internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2001. [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/11303/?sequence=1>.
41. Paraná. Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho no Paraná (Ceioart). [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: <https://fdocumentos.tips/document/comite-estadual-de-investigacao-de-obitos-e-amputacoes-relacionadas-ao-trabalho-do-parana-ceioart.html>.
42. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. *Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná*. Curitiba: SESA/SVS. [internet]. 2014 [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/busca?termo=ceioart>.
43. Mendes PC, Magalhães SF. Perfil do trabalhador vítima de acidente grave na construção civil de 2013 a 2015 em Uberlândia-MG. In: *Anais IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde – Geosaude*; 2019 Jul 19-21; Minas Gerais. Minas Gerais: Instituto Federal Catarinense; 2019. [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: <http://inscricao.eventos.ifc.edu.br/index.php/geosaude/geosaude/paper/view/1418>.

44. Gürcanli GE, Müngen U. Analysis of construction accidents in Turkey and responsible parties. *Industrial health* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 12]; 51(6):581-595. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202747>.
45. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 15]; (26):676-689. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.
46. Henriques A, Alves P, Gomes, et al., V. O enfermeiro do trabalho na análise de determinantes de saúde dos trabalhadores. *Rev. Portug. de Saúde Ocup.* [internet]. 2016 [acesso em 2020 jan 30]; (1):39-51. Disponível em: <https://10.31252/RPSO.22.02.2016>.

Recebido em 01/03/2020
Aprovado em 28/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde

Contextual aspects of co-management implementation in Basic Health Units

Giovanna Cabral Doricci¹, Carla Guanaes-Lorenzi¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012708

RESUMO A Política Nacional de Humanização tem como objetivo promover os princípios doutrinários preconizados pelo Sistema Único de Saúde, sendo a cogestão uma de suas diretrizes. Este artigo tem como objetivo descrever e compreender como aspectos contextuais favorecem ou limitam a construção da cogestão no âmbito da Atenção Básica. Trata-se de um estudo empírico e qualitativo desenvolvido em duas unidades de saúde, sendo uma tradicional e uma com Estratégia Saúde da Família (ESF). A construção do *corpus* se deu por meio de imersão no campo e de diário para anotação de observações e reflexões, analisados por agrupamento temático. Como resultados, descrevemos os aspectos contextuais da ESF, i.e., horário de funcionamento, equipe multiprofissional e necessidade de reuniões, formação do médico, agentes comunitários, e organização do espaço físico como facilitadores para o funcionamento em cogestão. Já os elementos contextuais da unidade tradicional, foram a estrutura organizacional, modelo médico e ausência de reuniões, horário de funcionamento, e organização do espaço físico como dificultadores para essa construção. Esperamos que esta análise promova iniciativas que considerem a importância dos aspectos estruturais, e não só o protagonismo dos sujeitos, como imprescindíveis para o processo de mudança.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Humanização da assistência. Administração em saúde.

ABSTRACT *The National Humanization Policy aims to promote the ideological principles advocated by the Unified Health System. Co-management is one of its guidelines. This article aims to describe and understand how contextual aspects favor or limit co-management within the Primary Care. The study is empirical and qualitative, developed in two health units, one traditional and one with a Family Health Strategy (FHS). The data was collected by immersion in the field and a field notes, to record observations and reflections, which were analyzed by thematic categorization. As results, the contextual aspects of the FHS are described: opening hours, multi-professional team and need for meetings, training of doctors, community agents, and organization of the physical space as facilitators to co-management. The contextual elements of the traditional unit, on the other hand: organizational structure, medical model and absence of meetings, opening hours, physical space, hinder co-management. The analysis could be useful to promote initiatives that consider the importance of structure, in addition to the protagonism of the subjects, as essential for the process of change.*

KEYWORDS *Health management. Humanization of assistance. Health administration.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
carlaguaes@gmail.com



Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH), uma das principais políticas de saúde do Brasil por alguns anos, objetiva fortalecer o processo da Reforma Sanitária. Organizada por princípios e diretrizes, sendo a cogestão, objeto de pesquisa do estudo aqui relatado, uma das diretrizes centrais. A escolha da cogestão se deve à lacuna observada quanto a esse tema em revisão de literatura sobre a PNH¹.

O termo humanização foi ao longo dos anos sendo apropriado, e, ao mesmo tempo, transformado e reconstruído. Minayo² faz um resgate histórico, e Deslandes³, ao recapitular a contribuição da sociologia médica, indica algumas vertentes de análise e aspectos do debate no contexto brasileiro. O que nos chama a atenção é a centralidade que a relação profissional de saúde-paciente ocupa nas análises, sendo posterior, em termos históricos, às discussões sobre processos de trabalho e gestão. Como afirmam Deslandes e Mitre⁴, há certa banalização da humanização quando a ela estão associados sentidos de bondade nas relações, nem sempre havendo reflexões a respeito das implicações políticas e práticas de sua promoção. Em consonância, Valadão, Lins e Carvalho⁵ comentam que os profissionais de saúde desconhecem a amplitude da PNH, relacionando-a somente às práticas de acolhimento.

Ao contrário do que esses autores indicam sobre uma significação simplista da humanização, Nora e Junges⁶, com base em revisão sistemática de 40 textos, indicam que essa é considerada pelos profissionais como prática concreta que interfere e modifica o modo de agir e cuidar. Os autores afirmam, ainda, que a política não depende de normas, protocolos ou aparatos burocráticos, mas, primordialmente, do empenho dos diferentes sujeitos envolvidos no processo. Embora não desconsideremos esse apontamento, avaliamos que essa ideia, se tomada de forma absoluta, pode parecer perversa. Entre outros aspectos, pode levar à desconsideração da influência do contexto, o que, neste artigo, significa modelo de atenção,

estrutura organizacional, processos de trabalho e estrutura física das unidades de saúde.

Em resumo, argumentamos que, de um lado, a PNH agrupa princípios e fundamentos doutrinários que objetivam favorecer a democracia, valorizando as relações e subjetividades. Por outro lado, essa valorização do protagonismo pode tornar o Estado omissivo em suas responsabilidades, permanecendo a impressão de que as mudanças dependem, quase que exclusivamente, das pessoas e de suas relações no cotidiano. A partir de uma análise marxista, Souza e Maurício⁷ comentam não se tratar somente de uma valorização do envolvimento emocional e comunicacional, mas também de incluir a produção das condições sociais, que são desumanizadoras em nossas análises.

Esses aspectos revelam a complexidade da PNH e as implicações de seus fundamentos, os quais vêm sendo compreendidos a partir de diferentes lentes teóricas e metodológicas^{3,8}. A partir de referencial epistemológico construcionista social, consideramos relevante abarcar o contexto social, histórico e cultural, além do contexto local, em que as relações se constroem. Compreendemos e defendemos as mudanças a partir das tecnologias leves, mas, ao mesmo tempo, levantamos duas questões centrais que guiaram nossa pesquisa: Quais aspectos contextuais circunscrevem as relações? Como tais aspectos limitam ou potencializam a concretização das transformações almejadas e descritas como princípios e diretrizes da PNH especificamente em relação à cogestão na cartilha do Ministério da Saúde (MS) referente a esse tema^{9?}

Em revisão sistemática sobre a PNH na Atenção Básica (AB), Nora e Junges⁶ concluem que a maioria dos estudos analisados relatam pesquisas realizadas com profissionais de saúde e usuários. Somente quatro dos estudos foram feitos com profissionais, usuários e gestores; e apenas um com profissionais e gestores.

Com relação à metodologia, a maioria dos estudos utilizou entrevistas, e, em menor quantidade, observação participante⁶. Embora seja objeto de pesquisas desde a sua criação,

a humanização permanece ainda pouco explorada no cotidiano das práticas de gestão, especialmente no contexto da AB. Da mesma forma, os estudos têm priorizado como metodologia as entrevistas ou conversas com profissionais e usuários, sendo poucos os que relatam a prática a partir de observação.

Com base na literatura estudada e na existência de poucos estudos sobre a PNH com foco na gestão e no contexto da AB, delineamos como objetivo central deste artigo descrever e compreender, a partir de pesquisa empírica, aspectos contextuais que favorecem ou limitam a construção de uma gestão tal como preconiza a PNH. Diferentemente da maioria dos estudos descritos na revisão realizada por Nora e Junges⁶, utilizamos recursos da pesquisa qualitativa tais como imersão no campo e anotações em diário de campo, os quais nos permitiram maior apropriação do contexto local e das práticas em cada unidade.

Definimos o termo gestão incluindo as relações estabelecidas no cotidiano das práticas e o modo como se organiza o trabalho, considerando a estrutura dos contextos locais e usuários, algo também bastante valorizado pela PNH. Para delineamento da pesquisa, análise e discussão em relação aos aspectos contextuais que limitam ou potencializam a cogestão, utilizamos os norteadores centrais que definem a cogestão, descrita a seguir.

Cogestão na PNH

A partir da compreensão de que atenção e gestão são indissociáveis, a PNH, por ser uma política transversal, prevê alterações tanto nos modos de cuidar como nos modos de gerir. Nesse sentido, apresenta diferentes frentes de ação, que, embora sejam teoricamente bastante específicas, na prática, interferem umas nas outras e em todo sistema organizativo. Dentre as diretrizes da PNH está a cogestão, a qual indica um modelo de gestão que objetiva fomentar, no âmbito da gestão, os princípios norteadores da política.

A cogestão fundamenta-se, em grande parte, na obra de Campos¹⁰, que, ao assumir o cargo de secretário executivo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde em 2003, passou a produzir conhecimento e a influenciar os textos de algumas políticas nacionais¹¹. Compreendemos que a PNH englobe outras produções e autores, porém, no âmbito da gestão essa obra se destaca⁸.

O objetivo central de Campos¹⁰ foi criar um método que possibilitasse analisar e cogerir coletivos, algo que o autor construiu por meio da reformulação de conceitos do campo da administração e de outras áreas como política, psicologia, filosofia e pedagogia. Sua obra possui um caráter transdisciplinar e indica que para se realizar a cogestão é necessária a criação de espaços coletivos que cumpram três funções centrais: 1) administração e planejamento; 2) função política – democracia; e 3) função pedagógica e terapêutica, uma vez que influencia a produção de subjetividades, o que ele chama de Fator Paideia.

Campos¹⁰ defende uma atuação ampliada, que se inicie no interior das unidades de saúde. O Método, diferentemente das teorias de administração e de planejamento que operam no plano do instituído, não se limita à criação de espaços de participação, como se a mera colocação de pessoas em roda fosse capaz de promover as transformações almejadas. É necessário um trabalho que inclua as subjetividades e as relações, de forma que o resultado não seja uma reprodução do instituído nem uma satisfação exclusiva dos desejos individuais, mas um projeto, produto intermediário, que tenha sido construído coletivamente, uma prática social com função administrativa, mas também política, pedagógica e terapêutica.

A partir desse referencial sobre a gestão de coletivos, o MS desenvolveu uma cartilha que descreve a diretriz cogestão da PNH, um modelo centrado no trabalho em equipe, como descrito:

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem

executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente⁹⁽¹²⁾.

Há na cartilha a indicação de alguns arranjos e dispositivos que têm como objetivo propiciar as condições mínimas necessárias para a cogestão. Em relação aos arranjos para discussões entre profissionais, usuários e gestores, descreve Grupos de Trabalho de Humanização; Colegiados Gestores de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde; Colegiado Gestor da Unidade de Saúde; Mesa de Negociação Permanente; Contratos de Gestão; Contratos Internos de Gestão; Câmara Técnica de Humanização⁹.

Para que esse modelo de gestão funcione, é necessário que haja condições institucionais e políticas efetivas; uma nova arquitetura que possibilite a comunicação entre os diferentes; e que os profissionais de distintas áreas do conhecimento possam estar em um mesmo espaço e com objetivo comum que transcendam suas especialidades. Como indica a cartilha, a cogestão corre o risco de se tornar mera retórica⁹ sem essas condições concretas.

Material e métodos

Esta pesquisa possui delineamento qualitativo com fundamentação epistemológica construcionista social, cujo objetivo é compreender as relações estabelecidas entre os sujeitos e os modos como se organizam a partir de determinado contexto social local, histórico e cultural. Como aspecto central, reconhecemos nossa participação ativa e não neutra como pesquisadoras ao longo de todo processo de pesquisa^{12,13}.

Além disso, não há um método específico a ser utilizado, uma vez que todos são considerados opções discursivas que circunscrevem a construção do *corpus* e os potenciais resultados^{12,13}. Minayo¹⁴ teoriza, com base na literatura e em sua experiência, um caminho

metodológico que serviu como inspiração para a construção e análise do *corpus*, conforme será descrito.

Aspectos éticos

O estudo segue a Resolução nº 466¹⁵ e foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE: 46453315.0.0000.5407). Embora, para a imersão no contexto, a autorização dos gerentes das unidades de saúde tenha sido considerada suficiente, iniciamos nosso contato apresentando a pesquisa para as equipes e solicitando suas autorizações.

Contexto e participantes

O contexto de pesquisa corresponde a duas unidades de saúde do Distrito Oeste de Ribeirão Preto (SP). Escolhemos como campo uma unidade tradicional, sem Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) ou Estratégia Saúde da Família (ESF), e uma com ESF. Foram escolhidas porque contemplam dois modelos de atenção presentes no município e pela facilidade de acesso das pesquisadoras a esses contextos, já que a Universidade e as unidades onde foi desenvolvida a pesquisa estão localizadas no mesmo Distrito de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional funciona de segunda à sexta-feira, das 7h00 às 17h00, e não fecha para almoço. Oferece serviços nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação e teste do pezinho¹⁶. A equipe é composta por três médicas clínicas, para as quais adotamos o pronome feminino para evitar identificação, uma vez que a maioria das profissionais são mulheres; duas pediatras e duas G.O.; três enfermeiras, sendo uma delas a gerente da unidade; treze auxiliares de enfermagem; três dentistas; duas auxiliares odontológicas; duas recepcionistas, ou auxiliares administrativas; três farmacêuticas; duas auxiliares de limpeza; e três menores aprendizes. A equipe possui, em média, 35 profissionais fixos e jovens aprendizes.

O Núcleo de Saúde da Família (NSF) funciona de segunda à sexta-feira das 8h00 às 17h, e fecha por uma hora para o almoço. Há uma equipe mínima de saúde da família, composta por uma enfermeira, uma médica de família, cinco agentes comunitárias, duas auxiliares de enfermagem, uma recepcionista, uma segurança e uma auxiliar de serviços gerais. Há também residentes de diferentes áreas, sendo quatro da medicina, uma da odontologia, uma da nutrição, uma da fonoaudiologia, uma da farmácia e uma da fisioterapia. A equipe é composta, em média, por doze profissionais fixos da equipe mínima mais os residentes. A unidade oferece ações nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, planejamento familiar, acompanhamento de famílias cadastradas e atividades educativas¹⁶.

Construção do *corpus*

Considerando os objetivos e as questões norteadoras apresentadas na introdução, os procedimentos de construção do *corpus* foram delineados pela imersão no campo, para observação de campo e não participante¹⁴, ao longo do primeiro semestre de 2016, com o objetivo de nos familiarizar com a rotina de cada uma das unidades de saúde. A pesquisadora, psicóloga, pós-graduanda e não atuante nos contextos da pesquisa permanecia nas unidades de saúde e conversava informalmente com os profissionais, fazendo anotações no diário sempre que algo se aproximava dos objetivos delineados no estudo.

A imersão teve duração de quatro meses, de fevereiro à primeira semana de junho de 2016, e carga horária semanal de quatro horas em cada unidade de saúde. As observações foram feitas de modo alternado. Intercalamos dias da semana e horários, período da manhã e período da tarde com o objetivo de contemplar a rotina de trabalho das unidades. Apesar desse cuidado, sabemos ser impossível conhecer detalhadamente a organização em tão curto período de tempo.

Delineamos como espaço de imersão todos os locais das unidades de trânsito livre.

Assim, circulávamos em todos os espaços, com exceção das salas onde ocorrem consultas ou procedimentos técnicos. Estivemos presentes, sempre que possível, às reuniões das equipes ou às conversas em dupla ou em grupos ‘informais’, i.e., nos corredores.

Após levantamento da literatura em relação à PNH e, mais especificamente, à cogestão, construímos um instrumento com questões para serem observados durante a imersão, conforme indica Minayo¹⁴. Esse instrumento continha questões sobre os princípios e algumas diretrizes da PNH. Por exemplo, quanto ao princípio protagonismo, foram levantadas questões sobre como se configura o papel do gestor ou quem executa, participa do planejamento. Outro aspecto abarcado nesse instrumento foram alguns dispositivos e arranjos de trabalho citados na cartilha⁹ e na introdução deste artigo.

Para registro dessa imersão, utilizamos diário de campo para cada unidade, instrumento descritivo e reflexivo sobre elementos do contexto¹⁴. Os diários estão organizados por dia de observação e compõem um total de 214 páginas digitadas em editor de textos.

Procedimento de análise

Conforme afirma Minayo¹⁴, a análise centra-se em compreender o material construído. Baseamo-nos, neste recorte, em leituras horizontais e verticais¹⁴ dos diários de campo com o objetivo de nomear ‘aspectos contextuais’ que influenciam a construção do modelo de gestão de cada unidade e categorizá-los tematicamente. Para isso, retomamos o conteúdo dos diários na íntegra e fomos construindo um novo documento em que nomeávamos alguns aspectos do contexto e resumíamos o conteúdo. Por exemplo, o trecho:

Todos estavam ali com um objetivo, aparentemente comum, se sentiam responsáveis pelo que conversavam, pareciam livres para expressar suas opiniões [...]. Mesmo com relação aos comentários que a gerente fazia. (Primeiro Dia, Primeiro Mês – NSF).

Após leitura e análise, foi descrito no novo arquivo a partir da nomeação do aspecto contextual:

1) Reunião de equipe/enfoque multidisciplinar (aspecto do contexto do Núcleo) – corresponsabilidade e certa horizontalidade na tomada de decisões (funcionamento observado).

O intuito ao fazer esse novo arquivo foi o de reduzir o conteúdo do diário e, ao mesmo tempo, organizar as informações nomeando elementos específicos de cada contexto, conforme indica Minayo¹⁴. A análise foi realizada de forma didática, separando os elementos, embora consideremos que são, ao mesmo tempo, causa e efeito do modelo de gestão observado, havendo uma retroalimentação entre a estrutura organizacional e o modo como se constrói o processo de trabalho, as relações e a gestão em cada local.

Resultados e discussão

Aspectos contextuais das unidades de saúde

NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURAIS

A história de criação do NSF decorre da construção dos demais NSF. A iniciativa foi realizada a partir de 1999 por professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, que identificaram a necessidade de haver um espaço para atuação prática da Residência em Medicina Geral e Comunitária com Ênfase em Família. A instalação dessas unidades, a partir de 2001, contou com apoio da Secretaria de Saúde do Estado e do Município, além do apoio de docentes de outras faculdades, como a Escola de Enfermagem, Psicologia, Odontologia, dentre outras¹⁷.

Os professores que encabeçaram esse projeto montaram uma banca examinadora única para selecionar os profissionais. Houve, desde o início, valorização da cogestão, visto que as reuniões eram incentivadas a acontecer semanalmente. Outro aspecto relevante corresponde ao critério de seleção dos médicos, que, obrigatoriamente, tinham formação em Medicina de Família¹⁷.

Atualmente, ainda há uma cultura participativa e noção de corresponsabilidade na equipe. Notamos que o modelo organizacional da unidade com ESF possui aspectos estruturais próprios desse modelo, que facilitam a cogestão.

Como afirmam Calderon e Verdi¹⁸, é necessário que haja condições objetivas para que a cogestão aconteça, como o estabelecimento de tempo e espaço para a reflexão, os quais podem ser considerados parte da estrutura, nomeada aqui como contextual. Assim, os aspectos destacados foram escolhidos por serem considerados centrais à manutenção da cultura observada, quais sejam: horário de funcionamento, equipe multiprofissional e necessidade de reuniões, formação do médico, agentes comunitários, e organização do espaço físico.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Observamos que, no contexto do NSF, a equipe possui certa flexibilidade e margem para negociar o fechamento da unidade. Embora o horário e a carga horária sejam previstos e predeterminados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pela Prefeitura, a equipe fechava nos momentos de reunião geral e no horário de almoço.

As reuniões gerais geram como efeito a noção de pertencimento e participação, além de possibilitar o compartilhamento de informações de maneira democrática. Assim, todos têm acesso às questões e demandas do contexto e podem ser convidados a participar, a depender do modo como a reunião ocorre. Além disso, há a condição básica para que todos participem, que é o fechamento da

unidade. A equipe coloca um aviso no portão sugerindo que apertem a campainha em casos urgentes. A segurança, única da equipe que não participa das reuniões, é a responsável por abrir o portão, e, se for o caso, chamar alguém da equipe.

Com relação ao período de almoço, o fechamento favorece confraternizações e proporciona, inclusive, momentos para contato interpessoal, algo descrito por Lewin, autor de referência sobre grupos de trabalho, como sendo positivo para a manutenção da integração e criatividade no trabalho¹⁹. Assim, esse aspecto facilita o potencial de construção da cogestão, pois oferece condições para o fortalecimento e integração da equipe.

A nova PNAB²⁰ recomenda que as unidades de saúde funcionem com carga horária de, pelo menos, 40 horas semanais, e mínimo de cinco dias da semana. A portaria também indica como possibilidade a pactuação de horários alternativos, desde que não deixe de atender às necessidades da comunidade. Contudo, há uma recomendação expressa para que a unidade não feche em horário de almoço, “recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço”²⁰⁽⁷⁴⁾.

Essa recomendação considera como objeto de análise o acesso, que parece se resumir à abertura da unidade de saúde. Porém, a partir da análise realizada, indicamos que o fechamento pode, a depender do modo como é utilizado, gerar benefícios para a equipe e, conseqüentemente, gerar maior compromisso no que se refere ao seu trabalho e ao modo como se organizam, considerando, inclusive, o modo como oferecem o acesso. Por outro lado, muitos usuários trabalham em horário comercial e utilizam o horário de almoço para resolver questões do cotidiano. Com o fechamento da unidade, essa parcela da população pode ser prejudicada em suas necessidades, o que nos mostra a importância de se pactuar aspectos como esse coletivamente, em cogestão com a população da área de abrangência.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E NECESSIDADE DE REUNIÕES

No modelo de atenção proposto na ESF, o trabalho é realizado por equipe multiprofissional, que é cobrada e avaliada pelo número de reuniões que faz. O Programa de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, instrumento de avaliação das UBS ao qual o NSF aderiu, inclui como um de seus indicadores a frequência das reuniões. Essa característica da composição da equipe multiprofissional e da necessidade de reuniões favorece o potencial de construção da cogestão, pois, assim como no caso do item anterior, oferece subsídios para que ela aconteça, algo indicado também na cartilha⁹ e em estudo sobre a cogestão²¹.

FORMAÇÃO DO MÉDICO

Ainda considerando as características do modelo de atenção, consideramos como ideal que o médico possua formação em Medicina de Família para poder atuar na saúde da família. Nesse modelo, o médico é convidado a compreender que o seu papel se complementa com os demais profissionais da equipe.

No contexto específico do NSF participante, a médica responsável fez residência em Medicina de Família e Comunidade em um dos NSF do distrito, tendo uma formação fortemente voltada para a integralidade e para o fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional. A forma como ela demonstrou compreender a sua atuação e a maneira como ela se posicionava frente à equipe pareceu facilitar o trabalho coletivo em diferentes momentos, o que, conforme análise descrita, favoreceu a construção da cogestão.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Como parte importante da equipe multiprofissional desenhada para atuar no modelo da ESF estão os Agentes Comunitários de Saúde. A presença desses profissionais favorece o olhar integral, uma vez que eles são os responsáveis

por compreender a vida dos usuários para além das demandas apresentadas nas consultas, embora isso nem sempre aconteça^{5,22}.

A presença e atuação dos agentes podem funcionar como convite para o cuidado integral. Esse olhar focado na integralidade exige da equipe corresponsabilização, e, portanto, favorece e fomenta a cogestão, mas, obviamente, o simples fato de ter o agente comunitário não garante esses aspectos.

Atualmente, com a nova portaria que regulamenta a PNAB, o papel do agente sofreu algumas alterações. Além de serem incluídas atividades antes atribuídas unicamente aos técnicos de enfermagem, há indicação para que esses profissionais incluam em seu trabalho o papel do agente de endemias²⁰. Essas mudanças precisam ser avaliadas com muita cautela, uma vez que o papel do agente comunitário tem sido descrito como fundamental para o bom funcionamento da ESF.

Outro aspecto de mudança a partir da nova PNAB corresponde à flexibilidade dada aos municípios para compor as equipes, não havendo mais uma indicação do número de agentes²⁰. Essas mudanças podem ser vistas como potenciais perdas de algo que ainda estava em plena construção.

ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO

De acordo com a PNAB,

ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais²⁰⁽⁷⁰⁾.

Em nossa análise, descrevemos a ambiência do NSF como acolhedora para os usuários, e, do que pudemos observar, funcional para os profissionais. Nossa análise não nos permite dizer se a unidade está equipada com o que se espera em termos de normas, pois não é nosso

objetivo descrever esses aspectos, além de não possuímos competência técnica para tal. Apenas notamos que o espaço onde os usuários aguardam atendimento é arejado, coberto, com bebedouro, bancos e uma pequena brinquedoteca para as crianças. Durante os quatro meses de observação, não presenciamos filas nem pessoas aguardando em pé. Essa organização do espaço nos pareceu garantir conforto mínimo para os usuários, e, também, para os próprios profissionais, que possuem condições físicas e espaciais para realizar as suas atividades, inclusive com relação às reuniões de equipe.

Conforme revisão realizada por Pastana, Pereira, Lima e Schweitzer²³, a literatura indica como facilitadores das práticas humanizadoras, descritos por profissionais de saúde, dentre outros: a valorização e reconhecimento do trabalho do profissional de saúde, espaço físico adequado, realização de reuniões, equipe bem coordenada e sistema de suporte ao trabalho dos profissionais, o que corrobora nossa análise e resultados apresentados em relação à unidade de saúde participante do estudo.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TRADICIONAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURAIS

A UBS foi inaugurada em 1987, portanto é anterior à Constituição de 1988, que instituiu o SUS. Seu funcionamento inicial mantinha a clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e sala de vacina. Por ser uma unidade antiga, passou por uma série de mudanças ao longo do processo histórico. O modelo de gestão sofreu transformações que acompanhavam os modos de operar dos gerentes nomeados para coordenar a unidade em cada momento. Por um período, tiveram a composição de ESF, em que os médicos já contratados passaram a atuar nesse novo modelo, embora não tivessem formação em Medicina de Família. Posteriormente, a unidade permaneceu somente com o Pacs, que também se extinguiu.

Atualmente, a UBS possui modelo de atenção e estrutura organizacional distintos

dos que foram descritos sobre o NSF, o que gera um funcionamento da equipe bastante diverso e com pouco subsídio estrutural para a construção da cogestão.

O que se observa nesse contexto é a predominância de uma cultura organizacional fortemente pautada na divisão de tarefas e de responsabilidades por setor, o que implica uma rotina estruturada com baixa necessidade de participação e de compartilhamento das decisões. O critério de escolha dos aspectos destacados abaixo foi, assim como no caso do NSF, observar os efeitos que eles geram, como a possibilidade de manutenção da cultura observada, em que há menor nível de compartilhamento da gestão. São eles a estrutura organizacional, modelo médico e ausência de reuniões, horário de funcionamento, e organização do espaço físico.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura organizacional da UBS se construiu a partir de um modelo de atenção anterior ao SUS e à ESF. Embora as UBS componham a rede de AB do município e possuam ações próprias e diferentes das do NSF, o modelo de atenção se mantém, em muitos casos, fortemente pautado no modelo médico, e a unidade tende a funcionar como um ambulatório ou pronto-atendimento.

Hoje, as unidades tradicionais podem aderir ao Pacs ou à ESF, desde que respeitados os parâmetros mínimos, mas a estrutura organizacional se mostra bastante diferente de uma unidade de saúde da família, pois não preconiza tão fortemente a atuação da equipe multiprofissional. Assim, consideramos que, mesmo com a implantação do Pacs ou ESF, devido à cultura, algumas dificuldades seriam enfrentadas pelos profissionais para que pudessem atuar como uma equipe responsável. No caso da unidade participante do estudo, não há Pacs ou ESF. Houve Pacs no passado, mas os profissionais não viam muito sentido para a atuação dos agentes naquele contexto, uma vez que o enfoque

eram, e ainda são, as consultas médicas vistas como independentes.

Pelo que foi possível notar, a unidade participante tem como objetivo oferecer agendamento de consulta em clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Os profissionais chegam a verbalizar que a unidade tem como foco a prevenção, e descrevem que “*ou seja, agendamento de consulta antes que a doença se instale*”. Interessante notar que esse sentido sobre prevenção de doença e promoção da saúde se constrói de maneira bastante peculiar na interface com o discurso médico, que ignora os determinantes sociais e a definição ampliada de saúde, que não é entendida somente ausência de doença.

Além disso, a unidade oferece serviços como curativos, administração de medicamentos, coleta de exames, vacinação e farmácia para retirada de medicamentos. O enfoque nesse contexto são as consultas, os exames e medicamentos. Como apontam Valadão, Lins e Carvalho⁵, um dos principais dificultadores, que culmina em retrocesso para efetivação do novo modelo de atenção, é a transferência do modelo clássico biomédico para a AB. Os profissionais reproduzem em ações cotidianas a centralidade na doença e consulta médica.

MODELO MÉDICO E AUSÊNCIA DE REUNIÕES

Esse aspecto contextual diz também sobre a estrutura organizacional que delimita as possibilidades de ação dos profissionais. Nesse contexto, não há centralidade na atuação da equipe multiprofissional, mas sim na atuação do médico, com auxílio dos demais profissionais. Há uma divisão do trabalho, tipo de organização pouco adequada à cogestão²⁴.

Como não é previsto um trabalho e responsabilização da equipe, ‘não há reuniões’. Elas não são previstas ou cobradas como necessárias. O revezamento dos profissionais é também um fator que influencia nesse aspecto de não haver reunião com todos. Esse revezamento se deve ao horário de funcionamento e ao contrato de horas dos

profissionais de, em sua maioria, 30 horas semanais.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A UBS não fecha para o almoço ou para reuniões de equipe. Funciona das 7h00 às 17h00, e, para que isso aconteça, há o revezamento de duas equipes. Não há, portanto, a possibilidade de reunião com todos, nem no horário de almoço, pois eles se revezam. Sendo assim, o horário de funcionamento não oferece subsídio mínimo para que ocorra uma reunião. Dessa forma, a cultura pouco compartilhada se mantém.

ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO

A disposição física se encontra ao redor de um grande pátio em cujo centro há um banco de concreto que atravessa o salão. Ao redor desse pátio, há várias portas, que correspondem às salas de atendimento, de curativo, de medicação, sala do dentista, sala das enfermeiras, sala da gerente, banheiros, recepção e acesso para a cozinha. Não há sala grande onde caibam todos os profissionais em reunião. Na área externa, o quintal é amplo, mas a farmácia estava sendo construída no momento da pesquisa. Há no pátio, também, diversos murais com alguns informes, bebedouros, ventiladores e uma televisão que nem sempre está ligada.

O movimento na unidade varia muito; em alguns momentos, não há ninguém na sala de espera, já em outros há grande número de pessoas a ponto de não haver espaço para aguardarem sentados. Com maior movimento, o barulho é intenso e o espaço torna-se pouco confortável. Esse fator pode ser uma consequência do número de habitantes da área de abrangência; em 2010 foram estimados, pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 12.331, em comparação à 2.227 habitantes na área de abrangência do NSF²⁵.

Valadão, Lins e Carvalho⁵ responsabilizam a precariedade da estrutura física como aspecto que impacta diretamente a realização

das atividades dos profissionais. Esse aspecto compromete o processo de trabalho e desmotiva, além de gerar desconforto aos usuários. Os contextos estudados por esses autores também indicam que visitas domiciliares, reuniões de equipe e educação em saúde são deixadas em segundo plano devido à agenda cheia de consultas, algo também observado na UBS tradicional.

Considerações finais

Conforme analisado, cada contexto possibilita a construção específica de um modelo prático de atenção e gestão que nem sempre funciona de maneira compartilhada, conforme indicam as cartilhas do MS, devido aos aspectos contextuais.

Diferentes estudos^{8,18,21,26} sobre a cogestão indicam desafios para a concretização dessa proposta por meio do maior destaque a aspectos relacionais. Porém, nosso argumento parte da ideia que não basta criar espaço para reunião e decisão coletiva, pois, a depender do modelo de atenção e até mesmo da configuração política do município, pode-se gerar insatisfação dos profissionais que não veem sentido nessa ação, o que invalida a proposta dos espaços para decisão coletiva.

Por outro lado, mudar a organização sem que se promova a transformação nas relações não se mostra efetivo²⁴. Como concluem Calderon e Verdi,

Pode-se observar que a cogestão de coletivos organizados para a produção depende de vontade política e de condições objetivas. A proposta é trabalhar sujeitos e instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro¹⁸⁽⁸⁶⁹⁾.

Nesse sentido, reforçamos o questionamento referido na Introdução, que, embora aspectos relacionais, tecnologias leves, sejam importantes e tenham potencial para promover mudanças, desconsiderar aspectos contextuais

pode levar a uma isenção do Estado em relação às condições mínimas para a promoção de mudanças.

Compreendemos que o contexto, com seus respectivos modelos de gestão e atenção, delimita possibilidades em relação aos processos de trabalho. Algumas mudanças cabem em cada contexto, outras não; tornam-se incoerentes, como é o caso dos agentes comunitários de saúde alocados por um período na UBS tradicional. A partir do modo como a Unidade funciona, não havia sentido na presença dos agentes, uma vez que o modelo de atenção estava organizado em torno das consultas médicas, e em que o sentido para ‘prevenção’ se configurou como agendamento antecipado de consultas. Além de perder o sentido, pode levar a uma avaliação negativa desse recurso, que, em outro contexto, como é o caso do NSF, é considerado central para o compartilhamento da gestão e do cuidado em saúde.

Esperamos com esta discussão oferecer subsídios que auxiliem profissionais e gestores a reconhecer a complexidade envolvida na construção da cogestão, tal como a própria política preconiza. Há nela diversos norteadores, que transcendem os aspectos subjetivos, embora esses ganhem, muitas vezes, destaque na literatura. Assim, esperamos que os resultados justifiquem o desenvolvimento de projetos que estejam atentos não somente às

relações, mas também aos aspectos concretos do contexto local, social e histórico, alguns nomeados e descritos em nossos resultados.

Definimos como limite deste estudo a não inclusão dos usuários. As análises realizadas partem de conversas com profissionais de saúde. Considerando a proposta da cogestão que conta com o envolvimento dos usuários nesses espaços coletivos de conversa, indicamos a necessidade de novos estudos que contemplem a voz desses atores como central para uma compreensão mais complexa da temática.

Agradecimentos

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), Processo nº 2015/04519-6.

Colaboradoras

Doricci GC (0000-0003-2323-2368)* contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Guanaes-Lorenzi C (0000-0001-6263-9078)* contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, bem como para a revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Doricci GC. Humanização e Cogestão na Atenção Básica: As relações de trabalho no cotidiano. Projeto de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2015. [Material não publicado].
2. Minayo MCS. Prefácio. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Coleção Criança Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 23-30.
3. Deslandes SF. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociedade médica. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 33-47. (Coleção Criança Mulher e Saúde).
4. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2009; 13(supl1):641-9.
5. Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. Saúde Soc. 2019; 28(1):193-206.
6. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão Sistemática. Rev Saúde Pública. 2013; 47(6):1186-200.
7. Souza DO, Maurício JC. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. Saúde Soc. 2018; 27(2):495-505.
8. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. Ciênc. Saúde Colet. [internet] 2019 [acesso em 2020 mar 31]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/revisao-integrativa-sobre-cogestao-no-contexto-da-politica-nacional-de-humanizacao/17429?id=17429>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
10. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de Coletivos. 3. ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2007.
11. Pereira AB, Ferreira Neto JL. Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público. TES. 2015; 13(1):67-88.
12. Guanaes C. A Construção da mudança em Terapia de Grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor; 2006.
13. McNamee S. Construindo conhecimento / construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In: Guanaes-Lorenzi C, Moscheta MS, Corradi-Webster CM, et al., organizadores. Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2014. p. 105-132.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(3):621-626.
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [internet]. 2012. [acesso em 2015 jan 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
16. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. [acesso em 2017 dez 20]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16saude.php>.
17. Caccia-Bava, MCGG. Relatório Técnico 2005. Ribeirão Preto: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2005. [Material não publicado].
18. Calderon DBL, Verdi MIM. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu). 2014; 18(supl1):859-70.
19. Mailhiot GB. Dinâmica e gênese dos grupos: atualidades e descobertas de Kurt Lewin. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

20. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2017. [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
21. Verdi M, Caetano TL, Navarro, LM, et al. A cogestão e a inclusão na formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. *Sau. & Transf. Soc.* 2014; 5(2):50-58.
22. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016; 21(8):2537-2546 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>.
23. Pastana ICS, Pereira EC, Lima JCS, et al. Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa. *Bis, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*. 2019; 20(2):54-62.
24. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*. 2010; 20(4):1245-1265.
25. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. [acesso em 2018 jan 12]. Disponível em: <https://www.ribeirao-preto.sp.gov.br/saude/rede/oeste/i16usf-n-6.php>.
26. Fernandes JA, Figueiredo, MD. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis*. 2015; 25(1):287-306.

Recebido em 02/04/2020

Aprovado em 06/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), Processo nº 2015/04519-6

Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil

Reproductive behavior in riverside women: health survey in an isolated community in the Middle Solimões, Amazonas, Brazil

Ivone Cabral¹, Wilsandrei Cella¹, Silvia Regina Freitas¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012709

RESUMO Os inquéritos de saúde conduzidos em comunidades geograficamente isoladas auxiliam na caracterização do comportamento reprodutivo e seus condicionantes. O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil da saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais e econômicos de mulheres ribeirinhas do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. Estudo retrospectivo e descritivo feito com mulheres da comunidade da Vila Sião, Alvarães (AM). No total, 28 mulheres, com idades entre 18 e 57 anos, foram individualmente entrevistadas, utilizando formulário para a obtenção de dados socioculturais, históricos de vida sexual e reprodutiva. Os resultados das análises descritivas indicaram que as entrevistadas eram mestiças, com ensino fundamental, casadas e atuavam na agricultura familiar. Em relação à história de vida sexual das entrevistadas, notou-se que os relacionamentos eram duradouros, com os mesmos parceiros, e as primeiras gestações ocorreram ainda na adolescência. Os indicadores gestacionais mostraram predomínio de parto domiciliar. Essas mulheres apresentaram elevado coeficiente de fecundidade. No entanto, os históricos de perdas gestacionais atribuídos à eclâmpsia, a acidentes domésticos e a doenças enfatizam a importância do acompanhamento pré-natal para a promoção da saúde da gestante e do bebê. A partir desses resultados, conclui-se que a interiorização dos serviços de saúde é essencial para que uma assistência médica especializada chegue até as comunidades ribeirinhas e isoladas do Amazonas, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Inquéritos epidemiológicos. Saúde reprodutiva. População rural.

ABSTRACT Health surveys conducted in geographically isolated communities help to characterize reproductive behavior and its conditioning factors. The aim of this study was to know the sexual and reproductive health profile and the socio-cultural and economic aspects related to riverside women from Middle Solimões, Amazonas, Brazil. This is a retrospective and descriptive study carried out with women from Vila Sião community, Alvarães (AM). Twenty-eight women, 18-57 years old, were individually interviewed using a survey form to obtain socio-cultural data, sexual and reproductive life histories. The results of the descriptive analyses indicated that the respondents were of mixed race, with elementary education, married and worked in family-based agriculture. Regarding the respondents' sexual life history, it was noted that the relationships are long-lasting, with the same partner, and that the first pregnancy occurred during adolescence. Gestational indicators showed a predominance of home birth. These women had a high fertility coefficient. However, the history of gestational loss attributed to eclampsia, home accidents, and illnesses emphasizes the importance of prenatal care for the promotion of the pregnant woman and the baby. From these results it is concluded that the internalization of health services is essential for specialized medical assistance to reach the riverside and isolated communities of Amazonas, Brazil.

KEYWORDS Health surveys. Reproductive health. Rural population.

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA) - Tefé (AM), Brasil.
silvia.sampaio.freitas@hotmail.com

Introdução

Desde meados do século XX, o comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras tem passado por alterações que induziram seu coeficiente de fecundidade a um declínio significativo¹. Este fenômeno reflete as mudanças comportamentais e sociais contemporâneas, nas quais o acesso irrestrito a todos os níveis de formação educacional^{2,3}, a participação crescente no mercado de trabalho⁴, a independência financeira⁵, bem como o advento de métodos contraceptivos⁶, facultaram à mulher maior controle sobre suas disposições reprodutivas e opções sobre o número de gestações e o espaçamento entre estas.

No entanto, em contraste com o cenário nacional, as mulheres residentes em regiões isoladas apresentam comportamento reprodutivo compatível com o observado no início do século passado⁷. Isto é, nestas comunidades ainda se verificam precocidade sexual, elevado nível de fecundidade e curto intervalo de tempo entre as gestações^{8,9}. No geral, este padrão reprodutivo encontra-se associado a indicadores de baixo desenvolvimento socioeconômico, como atividades de subsistência, baixa escolaridade e acesso limitado a serviços públicos e de saúde^{10,11}. No estado do Amazonas, as comunidades isoladas são encontradas em regiões rurais, às margens de lagos e rios, e distantes até 500 km dos centros urbanos¹². O isolamento geográfico decorrente da longa distância em relação aos centros urbanos e a proximidade com a floresta favorecem as atividades econômicas de subsistência, como a pesca, o extrativismo e a agricultura familiar^{13,14}. Além disto, as comunidades ribeirinhas amazônicas não dispõem de serviços públicos essenciais regulares. Portanto, para acessar os serviços de saúde, centralizados nas sedes municipais, os ribeirinhos sujeitam-se a deslocamentos que podem durar dias ou semanas^{12,15}.

As peculiaridades econômicas, sociais e culturais das populações ribeirinhas localizadas no estado do Amazonas contribuem para o insucesso dos programas destinados à saúde da mulher^{16,17}. Logo, é imprescindível considerar tais especificidades para elaborar e/ou aperfeiçoar as estratégias de promoção dessas iniciativas^{18,19}. Para tanto, faz-se necessária a realização de inquéritos direcionados a esse público-alvo, a fim subsidiar políticas públicas alinhadas com a cultura e o perfil reprodutivo das mulheres residentes em comunidades amazônicas. Nesse sentido, o presente estudo visou conhecer o perfil da saúde sexual, reprodutiva e aspectos sociais, culturais e econômicos de mulheres ribeirinhas do município de Alvarães, região do Médio Solimões, estado do Amazonas, Brasil.

Material e métodos

Este estudo retrospectivo e descritivo foi conduzido em julho de 2019, com mulheres adultas e residentes na Vila São, Alvarães (AM) (*figura 1*). Apesar de esta comunidade fazer parte do município de Alvarães (AM), o centro urbano mais próximo fica no município de Tefé (AM), distante 40 km por via fluvial²⁰.

O comércio local é insipiente e dispõe apenas de produtos básicos para alimentação (arroz, macarrão, óleo, açúcar, sal), limpeza (sabão em pó, sabão em barra, cloro, palha de aço) e higiene pessoal (sabonete, pasta e escova de dente, fralda descartável, papel higiênico).

A localidade não possui farmácias, padarias, mercados ou instituições bancárias; os serviços públicos fundamentais (posto de saúde e saneamento básico) também não são oferecidos. A energia elétrica é irregular e provém de uma pequena usina termelétrica.

Figura1. Vista frontal da Vila Sião, Alvarães (AM).



Fonte: Fotografia de Ivone Ketura Silva Cabral, em 10 de agosto de 2019.

A comunidade possui aproximadamente 230 habitantes, organizados em 44 famílias, e é uma das mais populosas das cem comunidades ribeirinhas presentes na Floresta Nacional de Tefé^{20,21}. Os moradores da região têm como meio para sua subsistência a agricultura familiar, com ênfase na produção e comercialização da farinha de mandioca, a pesca artesanal e o extrativismo de andiroba, açaí, castanha e copaíba. Eventualmente, contam com atividades de caça²².

Para a seleção das participantes, foram considerados os seguintes parâmetros: ter 18 anos ou mais, ter iniciado vida sexual e possuir histórico de gestação. Mulheres que não atenderam a um desses parâmetros foram excluídas do estudo.

As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora e realizadas nas residências das participantes, onde aplicou-se um formulário semiestruturado para a obtenção de informações sociodemográficas, da vida sexual e da saúde reprodutiva.

As informações sociodemográficas incluíram idade, estado civil (solteira, casada/união estável, separada/divorciada), etnia autodeclarada (mestiça, negroide, caucasóide), religião, nível de escolaridade (analfabeta, ensino fundamental, ensino médio) e atividade econômica. Para delinear o perfil

da vida sexual, avaliou-se o tempo de relacionamento com o parceiro atual (<10 anos; ≥10 anos), o número de parceiros sexuais e o uso de métodos contraceptivos. Na análise da saúde reprodutiva, foram investigadas tanto as condições maternas (idade da menarca, idade da primeira gestação) quanto as condições da gestação (número total de gestações, número de gestações concluídas, número de gestações interrompidas, doenças gestacionais, acompanhamento pré-natal, número de exames de pré-natal, tipo de parto [cesáreo, normal], idade gestacional [pré-termo, a termo]).

As informações obtidas no curso das entrevistas foram organizadas e tabuladas em uma planilha de acesso restrito aos pesquisadores envolvidos neste estudo. Com o auxílio do programa estatístico EpiInfo (versão 3.5.1), foi possível realizar as análises descritivas. As variáveis qualitativas foram expressas em números absolutos e relativos.

Esta pesquisa respeitou os padrões éticos e científicos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Seu protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, mediante o parecer nº 2.895.249, de 15 de julho de 2018.

Todas as participantes tomaram ciência dos objetivos do estudo e da confidencialidade das informações prestadas. Após a aceitação do convite para participar do estudo, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultado e discussão

No total, 28 (87,5%) mulheres adultas, com idades entre 18 e 57 anos, foram entrevistadas. Quatro mulheres foram excluídas do estudo: três não se encontravam na comunidade no período da entrevista e uma, extremamente idosa, não possuía lucidez suficiente para ser entrevistada.

Perfil sociodemográfico e econômico das mulheres ribeirinhas da Vila Sião, Alvarães (AM)

A análise sociodemográfica (*tabela 1*) evidencia que as entrevistadas são predominantemente

mestiças (n=16; 57,1%); estão entre 20 e 33 anos de idade (n=12; 42,9%); têm o ensino fundamental completo (n=22; 78,6%); são casadas ou têm união estável (n=26; 92,6%); e são evangélicas (n=16; 57,1%). A maioria das entrevistadas (n=20; 71,4%) reside na comunidade há mais de 10 anos.

No geral, as mulheres da localidade são jovens e estão em união estável. Os casos de analfabetismo são restritos às mulheres com mais de 40 anos, provavelmente as que não foram beneficiadas pela criação recente de uma unidade escolar de ensino fundamental na comunidade. Nos últimos anos, o investimento em cursos de formação de professores, como o Programa Nacional de Formação de Professores da Educação Básica (Parfor), associado à construção de novas escolas, tem contribuído para a interiorização do ensino básico e a fixação dos professores em comunidades isoladas do estado do Amazonas¹². Portanto, entende-se que este novo panorama social já esteja refletido no número expressivo de mulheres com ensino fundamental completo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das mulheres adultas residentes na Vila Sião, Alvarães (AM), 2019

Variáveis	Número de Pessoas	Percentual (%)
Etnia		
Mestiça	16	57,1%
Negroide	3	10,7%
Caucasoide	9	32,1%
Idade Atual		
<20 anos	7	25%
20-33 anos	12	42,9%
>35 anos	9	32,1%
Nível de Escolaridade		
Analfabeta	3	10,7%
Ensino Fundamental	22	78,6%
Ensino Médio	3	10,7%
Estado Civil		
Solteira	1	3,6%
Casada	26	92,6%
Outros	1	3,6%

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	Número de Pessoas	Percentual (%)
Perfil Religioso		
Católica	4	14,3%
Evangélica	16	57,1%
Sem religião	8	28,5%
Tempo de Residência na Comunidade		
<10 anos	7	25%
>10 anos	20	71,4%
Não lembra	1	3,6%
Perfil Econômico		
Sem Renda	10	35,7%
<1 salário mínimo	7	25%
1 salário mínimo	3	10,7%
Não quis responder	8	28,6%

Fonte: Elaboração própria.

As atividades econômicas predominantes entre as mulheres ribeirinhas da comunidade são a agricultura familiar, baseada na plantação de legumes, verduras e mandioca, e a comercialização da farinha. As atividades de caça e a pesca artesanal estão restritas aos homens da comunidade. A maioria das mulheres entrevistadas declara não ter renda mensal fixa (n=10; 35,7%). A justificativa informada é que a renda familiar é obtida, exclusivamente, através da venda da farinha de mandioca nos centros urbanos de Tefé (AM) ou Alvarães (AM). Logo, durante os meses de plantio, colheita da mandioca e produção da farinha, a sobrevivência advém da caça, da pesca e daquilo que a terra lhes dá, como frutos e verduras. Entre aquelas que possuem renda mensal, os proventos são decorrentes de pensão pecuniária (1 salário mínimo: n=3; 10,7%) ou de auxílio público social (inferior a 1 salário mínimo: n=7; 25%).

A renda familiar insuficiente é amplamente verificada nas comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas^{12,22,23}. Mas, apesar das limitações econômicas, a abundância de alimentos obtidos nos rios locais e na floresta parece atender às necessidades nutricionais das entrevistadas e de seus familiares.

História de vida sexual e as práticas contraceptivas

Na investigação sobre a história de vida sexual ativa das mulheres da Vila Sião, Alvarães (AM), nota-se que os relacionamentos são duradouros – acima de 10 anos (n=15; 54%) – e com os mesmos parceiros (n=21; 75%) (tabela 2). Esse comportamento destoa do observado tanto em povos indígenas²⁴ quanto em populações urbanas²⁵. Neste sentido, a união conjugal precoce, duradoura e sem trocas de parceiros se apresenta como um comportamento cultural e prevalente em algumas comunidades ribeirinhas e isoladas do Amazonas⁶.

Ainda que as mulheres entrevistadas estejam em relacionamentos socialmente estáveis, a maioria declara não ter intenção de engravidar (n=20; 71,4%). Esta opção é apresentada pelas entrevistadas independentemente do número de filhos que possuem. Por este motivo, 92,8% (n=26) adotam algum tipo de estratégia contraceptiva. Os contraceptivos hormonais orais (n=4; 14,3%), os injetáveis (n=4; 14,3%) e o preservativo masculino (n=3; 10,7%) são citados pela maioria das mulheres. No entanto, a adesão a tais práticas está

condicionada à disponibilidade destes dispositivos para a comunidade da Vila Sião, Alvarães (AM). O único posto de saúde da comunidade encontra-se inoperante. Como consequência, as mulheres da localidade só têm acesso aos contraceptivos comerciais quando recebem a visita de agentes do Programa Saúde da Família, ou, mais raramente, quando viajam para os centros urbanos de Tefé (AM) ou Alvarães (AM). Os anticoncepcionais orais/injetáveis e os métodos de barreira (preservativo masculino/feminino) são essenciais para o controle da natalidade, assim como para a prevenção de infecções transmitidas por via sexual²⁶. Contudo, a irregularidade no fornecimento destes dispositivos, por limitações logísticas, compromete o controle eficiente da concepção e de possíveis infecções sexuais nas mulheres da Vila Sião, Alvarães (AM).

Como alternativa aos métodos convencionais de contracepção, 28,6% (n=8) das entrevistadas fazem uso regular de chás caseiros. Os chás à base de ervas nativas é uma prática reconhecida entre as mulheres de comunidades amazônicas isoladas^{1,27} e indígenas²⁴. Entre as ervas nativas indicadas pelas entrevistadas, destacam-se: saracura-mirá, carapanaúba, sara-tudo, boldo, algodão e copaíba. Estudos bioquímicos e farmacológicos conduzidos nos extratos das plantas citadas pelas entrevistadas mostram a presença de moléculas com ação contraceptiva²⁸⁻³⁰. Conhecer as práticas tradicionais de controle da concepção, como o uso de chás à base de ervas naturais, é um diferencial dos profissionais da saúde que atuam em comunidades isoladas. Esta qualificação do profissional viabiliza a integração dos saberes

culturais com as práticas médicas de cuidado com o corpo, configurando uma estratégia factível para a promoção da saúde sexual das mulheres ribeirinhas.

Entre aquelas que não fazem uso de métodos contraceptivos, 25% (n=7) informaram ter realizado a laqueadura tubária. A opção por esse método de contracepção deu-se por vontade das próprias mulheres, com o intuito de terem famílias menores. Elas alegam que a esterilização é a medida mais eficiente para o controle reprodutivo, considerando a irregularidade do acesso aos métodos contraceptivos tradicionais (preservativo masculino, contraceptivos orais/injetáveis).

Neste estudo, o percentual de mulheres que não utilizam qualquer tipo de método contraceptivo é de 7,1% (n=2). O tamanho da prole reflete um comportamento social relatado em outras populações isoladas da região do Médio Solimões, Amazonas, Brasil^{6,24,31}. Nestes casos, o acompanhamento pré-natal torna-se essencial para orientar sobre o período mínimo intergestacional. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetria, a mulher deve considerar um período de 18 meses entre as gestações, a fim de assegurar um desenvolvimento adequado às gestações futuras³².

Com base nos parâmetros investigados, sugere-se que as mulheres da Vila Sião, Alvarães (AM), estejam em um processo de transição sociocultural, na qual a estrutura familiar com poucos filhos seja privilegiada. No entanto, para a confirmação desta hipótese, faz-se necessária a realização de estudos de *follow-up*, bem como o acompanhamento das futuras gerações.

Tabela 2. Perfil da vida sexual das mulheres adultas residentes na Vila Sião, Alvarães (AM), 2019

Variáveis	Número de Pessoas	Percentual (%)
Tempo de Relacionamento		
<10 anos	13	46%
≥10 anos	15	54%

Tabela 2. (cont.)

Variáveis	Número de Pessoas	Percentual (%)
Número de Parceiros		
Apenas 1 parceiro	21	75%
>1 parceiro	7	25%
Intenção de Engravidar		
Sim	8	28,6%
Não	20	71,4%
Uso de Métodos Contraceptivos		
Métodos Convencionais	11	39,3%
Métodos Caseiros	8	28,6%
Esterilização Feminina	7	25%
Não utiliza contraceptivos	2	7,1%

Fonte: Elaboração própria.

Saúde reprodutiva e seus indicadores maternos e da gestação

As entrevistadas atingiram a menarca entre 11 e 13 anos (n=26; 92,9%), conforme apresentado na *tabela 3*. Este parâmetro encontra-se em conformidade com o Consenso da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria³². De acordo com este documento, a primeira menstruação ocorre entre 10 e 16 anos, com idade média de 12,3 anos. Portanto, a menarca está condicionada à melhoria nas condições de vida e saúde da mulher³².

A idade da primeira gestação ocorreu com maior frequência entre 14 e 15 anos (n=19; 67,9%). Somando-se os grupos etários 14-15 anos e 16-17 anos, observa-se que 78,6% das mulheres iniciaram o ciclo reprodutivo ainda na adolescência. Esta tendência de concentração da fecundidade nas idades mais jovens do período reprodutivo é frequentemente observada em grupos vulneráveis, cujas idades médias na primeira gestação variam de 16 a 17³³. É notório que a gravidez precoce pode

gerar riscos, tanto para a saúde da mãe quanto para o bebê, como consequência da imaturidade funcional do corpo da adolescente³⁴. A fim de minimizar os efeitos adversos da gravidez precoce, estudos apontam para a adoção de medidas de educação reprodutiva. Isto é, ações que visam educar e esclarecer sobre a puberdade, alterações hormonais, ciclo menstrual, métodos contraceptivos, fecundação e gestação^{34,35}. De fato, a literatura especializada já apresenta resultados exitosos de programas de educação reprodutiva conduzidos tanto em escolas^{36,37} quanto em unidades básicas de saúde³⁴. Frente aos vários relatos de sucesso, torna-se relevante a inclusão da educação reprodutiva como tema transversal nas escolas da rede básica de ensino, como também a criação de programas de saúde com ênfase neste tema. No entanto, a formatação da educação reprodutiva deve considerar as especificidades culturais e locais do público-alvo; neste caso, as comunidades ribeirinhas e isoladas da região do Médio Solimões, Amazonas, Brasil.

Tabela 3. Indicadores maternos incluídos na análise do perfil reprodutivo das mulheres residentes na Vila Sião, Alvarães (AM), 2019

Indicadores Maternos	Número de Pessoas	Percentual %
Idade da Menarca		
Entre 11 e 13 anos	26	92,9%
Entre 14 e 15 anos	2	7,1%
Idade na Primeira Gestação		
14 a 15 anos	19	67,9%
16 a 17 anos	3	10,7%
≥18 anos	6	21,4%

Fonte: Elaboração própria.

Ao avaliar os indicadores gestacionais (tabela 4), verificou-se o predomínio do parto vaginal, ocorrido na residência da parturiente e com o auxílio de parteiras (n=17; 61%). Na comunidade citada, apenas as gestantes com risco que justifique o parto cesáreo são encaminhadas para os serviços hospitalares disponíveis nos centros urbanos de Tefé (AM) ou Alvarães (AM), recorrendo ao parto hospitalar.

No Brasil, a modalidade de parto natural, domiciliar e acompanhado por parteiras experientes ainda é associada à falta de recursos econômicos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde³⁸. No entanto, iniciativas recentes do Ministério da Saúde vêm nortear ações de humanização do parto. Neste sentido, conquistas como a criação dos Centros de Parto Normal (1999)³⁹, do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Parto (2000)⁴⁰ e da Rede Cegonha (2011)⁴¹ consolidam o modelo de assistência obstétrica para a humanização do parto no País³⁸. A literatura recente sobre o assunto aponta que mulheres das regiões Sul e Sudeste, com elevado nível de escolaridade, estão buscando serviços privados para o parto domiciliar planejado. Neste contexto, doulas e enfermeiras obstétricas configuram profissionais habilitadas para desempenhar o acompanhamento domiciliar³⁸.

No momento atual da saúde da mulher, em que se preconiza o parto humanizado e domiciliar, aliado à fragilidade dos serviços

públicos de saúde em comunidades isoladas, é fundamental que os gestores em saúde dos municípios amazônicos consolidem ações que visem à capacitação de novas parteiras, assim como à atualização e orientação das parteiras profissionais.

No tocante à idade gestacional, 86% (n=24) dos nascimentos ocorreram entre a 37^a e a 41^a semana de gestação. Este índice encontra-se abaixo do calculado para a região urbana do município de Tefé (AM), que foi de 93,07%, para o período de 2006 a 2012³¹. Neste contexto, o índice elevado de nascimentos pré-termo é preocupante e aponta a urgência de aperfeiçoamento dos protocolos do acompanhamento de pré-natal, considerando as especificidades sociais e culturais das comunidades rurais isoladas, em especial da Vila Sião, Alvarães (AM).

Essas mulheres apresentaram elevado coeficiente de fecundidade, que variou de duas (n=8; 28,6%) a mais de cinco gestações concluídas (n=10; 35,7%). No parâmetro perda gestacional, 53,6% (n=15) afirmaram já ter sofrido dois ou mais abortos. As interrupções das gestações foram atribuídas à eclâmpsia, a acidentes domésticos e doenças em geral. Estes dados enfatizam a importância do acompanhamento pré-natal para a promoção da saúde da gestante e do bebê. De fato, a realização de consultas e exames complementares durante o desenvolvimento da gravidez é essencial para a proteção e prevenção de eventos adversos,

permitindo a identificação e o manuseio clínico de intervenções adequadas sobre potenciais fatores obstétricos de risco^{42,43}.

Os indicadores gestacionais investigados neste estudo sinalizam que as mulheres da comunidade da Vila Sião, Alvarães (AM), possuem fatores de risco que não podem ser desconsiderados. A ocorrência de nascimentos prematuros, os relatos de perda gestacional e o reconhecimento de doenças maternas (eclâmpsia) são preditores de risco

passíveis de controle. No entanto, a preocupação com o bem-estar das gestantes/parturientes e sua prole precisa ser consolidada. A interiorização dos serviços de saúde é essencial para que o cuidado e a assistência médica especializada cheguem às comunidades ribeirinhas e isoladas. Afinal, uma parte significativa da população do estado do Amazonas reside em comunidades, povoados, tribos em situação de isolamento geográfico.

Tabela 4. Indicadores gestacionais incluídos na análise do perfil reprodutivo de mulheres residentes na Vila Sião, Alvarães (AM), 2019

Indicadores Gestacionais	Número de Pessoas	Percentual (%)
Tipo de Parto		
Vaginal	17	61%
Cesariana	2	7%
Ambos	9	32%
Idade Gestacional		
À termo	24	86%
Pré-termo	4	14%
Paridade		
2 filhos	8	28,6%
3 e 4 filhos	10	35,7%
≥5 filhos	10	35,7%
Histórico de Perda Gestacional		
Sim	15	53,6%
Não	13	46,4%

Fonte: Elaboração própria.

Como limitação da pesquisa, aponta-se a escassez de estudos científicos qualificados, voltados para os grupos populacionais negligenciados, como as populações ribeirinhas do estado do Amazonas. O ambiente atípico, com densa floresta tropical, imensos rios e chuvas torrenciais, restringe a aquisição de informações de caráter científico por pesquisadores. A carência de informação frustra a realização de análises comparativas mais abrangentes quanto aos indicadores de saúde e reprodutivos de

mulheres em situação de isolamento geográfico. Neste aspecto, o desenvolvimento de estudos no ambiente amazônico exige suporte de recurso financeiro e esforço adicional em relação aos desenvolvidos em áreas urbanas. Desta maneira, espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para o desenvolvimento de futuras investigações entre os povos ribeirinhos localizados no estado do Amazonas e balizar aspectos que permitam a articulação de políticas públicas para esses povos.

Conclusões

Os resultados do presente estudo apontam que o comportamento reprodutivo das mulheres da Vila Sião, Alvarães (AM), ocorre sob condições de risco. Os indicadores sociais e gestacionais evidenciam um padrão de reprodução caracterizado por gestação precoce, elevada taxa de fecundidade e perdas gestacionais. Tal perfil sinaliza que as mulheres ribeirinhas se reproduzem com gravidezes de risco para si e para seus filhos, uma vez que, na maioria dos casos, não atendem ao período mínimo intergestacional de 18 meses, estabelecido pelos parâmetros da medicina moderna. Quase todos os partos são realizados sem assistência pré-natal, e, em poucos casos, a mulher planeja a sua reprodução.

Ressaltam, ainda, que a atenção primária fundamentada no modelo medicalizante e hospitalocêntrico distancia as populações ribeirinhas, e geograficamente isoladas, do atendimento à sua saúde. No entanto, a criação de programas para a atenção humanizada do pré-natal e de planejamento familiar, assim como investimentos na formação, capacitação e atualização de profissionais de saúde especializados, poderão assegurar um atendimento de qualidade às mulheres ribeirinhas. Aliás, os programas de acompanhamento e planejamento familiar devem nortear a atenção humanizada, considerando os valores culturais

e saberes populares das comunidades ribeirinhas e isoladas.

Por fim, ressalta-se a necessidade de aprimoramento e expansão dos serviços de atendimento pré-natal, de sensibilização sobre os riscos da eclâmpsia para a saúde materna, bem como da criação de programas de saúde reprodutiva que reconheçam as condições sociais e culturais das comunidades isoladas existentes no estado do Amazonas.

Colaboradores

Cabral I (000-0002-0328-4745)* contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Cella W (0000-0002-8107-3062)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo; contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Freitas SR (0000-0003-2987-7837)* contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Wong LLR, Morell MGG, Carvalho RL. Notas sobre o comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena – Censos Demográficos 1991 e 2000. *Rev. Bras. Estudos Pop.* 2009; 26(1):61-75.
2. Horta CJ, Carvalho JAM, Nogueira OJO. Evolução do Comportamento Reprodutivo da Mulher Brasileira 1991-2000. Cálculo da Taxa de Fecundidade Total em Nível Municipal. *Rev. Bras. Estudos Pop.* 2005; 22(1):131-140.
3. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Natalidade e Fecundidade em São Paulo. O Risco da Interpretação Equivocada dos Dados. São Paulo: SP Demográfico; 2004.
4. Dias CS. Diferenciais no Comportamento Reprodutivo das Mulheres Brasileiras: Uma Análise a partir dos Grupos Ocupacionais. *Rev. Ciênc. Soc.* 2008; 53(1):233-265.
5. Alves JED. Questões Demográficas: Fecundidade e Gênero. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2004.
6. Moura EAF. Comportamento reprodutivo das mulheres ribeirinhas do Amanã. *Uakari.* 2005; 1(1):31-39.
7. Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes entre adolescentes do Nordeste do Brasil. *Persp. Inter. Plan. Fam.* 2001; 45(esp):24-29.
8. Villela TF, Vieira EM, Gonçalves TC, et al. Declaração de nascidos vivos no município de Volta Redonda, RJ: perfil da gestante adolescente. *Cad. UniFOA.* 2018; 6(2):59.
9. Rodrigues ARS, Barros WM, Soares PDL. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. *Enf. Foco.* 2016; 7(3/4):66-70.
10. Ruzany MH, Moura EAF, Meirelles ZV. Adolescentes e jovens de populações ribeirinhas na Amazônia – Brasil. Rio de Janeiro: Visão Social; 2012.
11. Oliveira RS. Os “filhos da mãe” no Médio Solimões. In: 13º Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero; 2013 set 16-20; Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2012.
12. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(2):17-22.
13. Lima DM. Ribeirinhos, Pescadores e a Construção da Sustentabilidade nas Várzeas dos Rios Amazonas e Solimões. *Boletim Rede Amazônia.* 2004; 3(1):57-66.
14. Loureiro JJ. A Amazônia no século XXI: novas formas de desenvolvimento. São Paulo: Editora Empório do Livro; 2009.
15. Cabral IKS, Cella W, Freitas SRS. Reproductive behavior of women from a rural community in Tefé, Amazonas, Brazil. *Braz. J. Biol. Sciences.* 2019; 6(14):497-504.
16. Bôas LMS, Oliveira DC. A saúde das comunidades ribeirinhas da região Norte brasileira: Revisão sistemática da literatura. *Invest. Qualitat. Saúde.* 2016; 2(3):62-71.
17. Franco EC, Santo CE, Arakwa AM, et al. Promoção da população ribeirinha da região Amazônica: Relatório de experiência. *Rev. CEFAC.* 2015; 17(5):1521-1530.
18. Costa MCO. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. *J. Pediat.* 2001; 77(3):235-242.
19. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piri-piri, Piauí, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mat. Infant.* 2006; 6(2):175-181.
20. Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade. Plano de manejo da Floresta Nacional de Tefé: diagnósticos. Brasília, DF: ICMBIO; 2014.
21. Brianezi A. Floresta Nacional de Tefé: encontros e

- desencontros das políticas ambiental e agrária na Amazônia. *Rev. IDEAS*. 2008; 2(2):256-283.
22. Oliveira MG, Suertegaray DMA, Pires CLZ. Mapeamento participativo e uso do SIG: FLONA de Tefé-AM. In: *Anais do 16º Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto*; 2013 abr 18; Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu: INPE; 2013.
23. Piperata BA, Spence JE, Dagloria P, et al. The nutrition transition in Amazonia: rapid economic change and its impact on growth and development in ribeirinhos. *Am. J. Physiol. Anthr.* 2011; 1(46):1-13.
24. Anunciação-Lima CM, Alcântara KD, Cerqueira JML, et al. Iniciação sexual, gestação, parto e puerpério em comunidades indígenas do Brasil: uma breve revisão integrativa. *Rev. Saúde Públ.* 2018; 1(1):86-101.
25. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. *Juventude e sexualidade*. Brasília, DF: UNESCO; 2004.
26. Ricci AP, Sene AG, Souza BLB, et al. Infecções sexualmente transmissíveis na gestação: educação em saúde como estratégia de prevenção na atenção básica/ Sexually transmitted infections during pregnancy: health education as a prevention strategy in primary care. *Braz. J. Health Rev.* 2019; 2(1):565-570.
27. Silva LR, Silva RF. Conhecimento, atitudes e crenças de mulheres ribeirinhas frente à concepção e contracepção. *Rev. Enfer.* 2009; 3(4):72-80.
28. Ribeiro JELS. *Guia de identificação das plantas vasculares de uma floresta de terra firme na AM central*. 19. ed. Manaus: Midas Printing; 1999.
29. Silva RJB, Oliveira APS, Silva RLF. *Crenças populares: Atribuições místicas e medicinais às plantas na baixada cuiabana, Mato Grosso, Brasil*. Biodivers. 2018; 17(1):61.
30. Vásquez SPF, Mendonça MS, Noda SN. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil. *Acta Amaz.* 2014; 44(4):457-472.
31. Cella W, Marinho KO. Delineamento epidemiológico dos nascidos vivos em Tefé, Amazonas, no período de 2006 a 2012. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR.* 2017; 21(2):99-104.
32. Cabral ZAF. *Manual de Genecologia infanto juvenil*. São Paulo: Federação brasileira de ginecologia e obstetrícia; 2014.
33. Ruzany MH, Andrade CLT, Meireles ZV, et al. Desinformação e vulnerabilidades com relação à sexualidade dos adolescentes e jovens da Reserva de Mamirauá, Amazonas – Brasil. *Adolesc. Saúde.* 2010; 7(2):41-49.
34. Oliveira MJP, Lanza LB. Educação em saúde: doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. *Rev. Facul. Ciências Méd Sorocaba.* 2018; 20(3):138-141.
35. Franze AMAK, Benedet DCF, Wall ML, et al. Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. *REFACS.* 2019; 7(3):366-377.
36. Malta DC, Machado ÍE, Felisbino-Mendes MS, et al. Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2018; (21):e180004.
37. Duarte ES, Pamplona TQ, Rodrigues AL. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. *DeCiência FOCO.* 2018; 2(1):45-52.
38. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cad. Saúde Col.* 2015; 23(1):69-75.
39. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(6):1349-1359.
40. Gligio MRP, França E, Lamouner JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev. Bras. Ginecol. Obst.* 2011; 33(10):297-304.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
42. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Contex. Enf.* 2012; 21(2):76-269.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

Recebido em 09/12/2019
Aprovado em 18/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam). Edital Paic/Fapeam/UEA nº 021/2018 e Sisproj nº 14404

A atenção à saúde dos reclusos em Maputo: é viável avaliar?

Health care for inmates in Maputo: is it feasible to evaluate?

Cremilde Anli¹, Marly Marques da Cruz¹, Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira²

DOI: 10.1590/0103-1104202012710

RESUMO O objetivo foi realizar um estudo de avaliabilidade da atenção à saúde dos reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM) – Moçambique com base na descrição da estrutura e dos processos de atenção à saúde no EPPM e na descrição dos contextos externos e organizacionais que interferem na atenção à saúde. Estudo de caso único com abordagem qualitativa usando as técnicas de análise documental, observação direta e questionário. Verificou-se que o EPPM possui estrutura precária, falta de insumos e profissionais em número insuficiente para a assistência à saúde. Reclusos formados como educadores de pares e ou como chefes de saúde dão apoio às atividades do posto médico, gerando seu empoderamento no Estabelecimento Penitenciário (EP). A atenção à saúde do recluso em Moçambique não é objeto de debate e não está incluída nas políticas do Serviço Nacional de Saúde, o que resulta em atenção inadequada e insuficiente. O estudo sugere a importância e viabilidade de futuras pesquisas de avaliação da atenção à saúde prisional em Moçambique para que a implantação das ações seja baseada em evidências.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Prisões. Política pública. Serviços de saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to carry out an evaluability study on the health care of inmates at the Provincial Correctional Facility in Maputo (EPPM) – Mozambique, also as from the description of health care structure and processes at EPPM, as from the description of the external and organizational contexts that interfere in health care. It is a single case study of a qualitative approach that applies the techniques of document analysis, direct observation and questionnaire. It was found that EPPM offers a precarious structure, lack of inputs and insufficient number of health care professionals. Inmates trained as peer educators or as ‘chiefs of health care’ give support to the activities of the medical facility propitiating their empowerment within the Correctional Facility (EP). The inmate health care in Mozambique is not an object of debate and is not addressed in the policies of the National Health Service, resulting in inadequate and insufficient care. The study affirms the importance and feasibility of future research to evaluate prison health care in Mozambique so that the implementation of actions can be based on evidence.*

KEYWORDS *Health evaluation. Prisons. Public policy. Health services.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marlycruz12@gmail.com

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

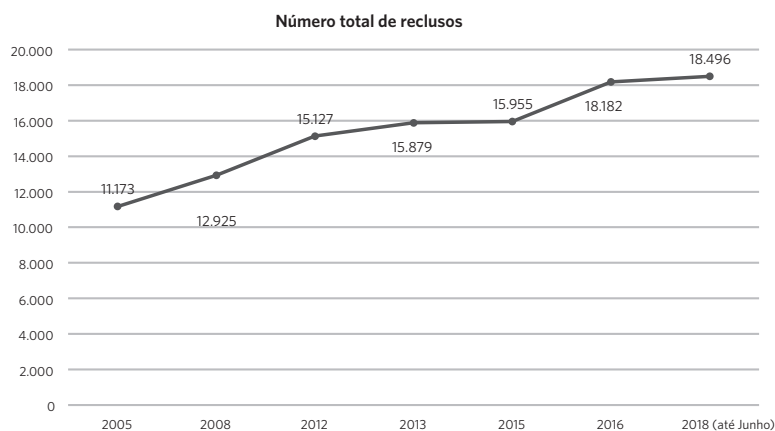
A população reclusa no mundo demanda mais atenção à saúde do que a população em geral, embora sua efetivação nas prisões continue sendo um grande desafio. Numa conjuntura fundamentalmente inclinada para questões de segurança, a assistência médica a essa população é relegada a segundo plano. Na África, países com poucos recursos, onde o acesso aos cuidados de saúde não é garantido à maioria da população, os governos têm aversão a propor um tratamento especial aos reclusos, cuja maioria é oriunda de comunidades desfavorecidas, sem acesso aos cuidados de saúde básicos¹.

A população privada de liberdade tem crescido em vários países, como nos EUA, com 2.100 mil reclusos, China com 1600 mil e Brasil

com uma população carcerária de 690.000, ou o triplo das vagas existentes, o que resulta em situação precária para os presos².

A atenção à saúde no sistema penitenciário moçambicano, fundamental para garantir as condições de infraestrutura, ambientais e nutricionais adequadas para uma convivência sã, não tem sido assegurada e desenvolvida de acordo com as necessidades da população reclusa. A oferta para os serviços demandados é ínfima para uma população que desde o ano de 2005 tem crescido exponencialmente, sem o desenvolvimento e melhoria das condições físicas e estruturais dos Estabelecimentos Penitenciários (EPs) do País. Atualmente, a capacidade de internamento no País é de 8.498 vagas, sendo 97% da população reclusa do sexo masculino, majoritariamente jovem³.

Gráfico 1. Crescimento da população reclusa em Moçambique



A consequência imediata do aumento do número de indivíduos nos EPs é a dificuldade na classificação e separação de reclusos consoante o crime e idade, como também garantir uma boa reabilitação. Também, a superlotação inabilita a instituição a prover a alimentação adequada bom saneamento e serviços de saúde adequados, aumentando, assim, a incidência de doenças⁴. A ocorrência dessas situações nos EPs é sinal de negligência e aparente abandono da parte do governo a esse grupo populacional.

Segundo Kölling et al.⁵, a negligência no sistema penitenciário acontece de várias formas, e uma delas é a falta de saneamento básico, que pode determinar o aparecimento de doenças tais como cólera, malária, parasitoses, febre tifoide e doenças de pele. Esse crescimento da população penal requer o aumento do pessoal em geral, desde agentes penitenciários até profissionais de saúde para atender a demanda.

De acordo com o que consta na Constituição da República de Moçambique (CRM)

[...] todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública. E, o Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito⁶⁽²⁶⁾.

Entende-se, assim, que o Estado deve assumir a responsabilidade relativamente às doenças que o indivíduo possa adquirir durante o cumprimento da pena em situações em que as atividades de educação sanitárias ou preventivas são inexistentes⁷.

O Sistema Penitenciário Moçambicano em nível provincial estrutura-se por meio dos Estabelecimentos Penitenciários Regionais (3), Provinciais (9), Especiais (4) e Distritais (67). De acordo com o relatório do Serviço Nacional Penitenciário (Sernap), a atenção à saúde da população reclusa em todo o País é garantida em 19 postos de saúde, cujo atendimento é de horário parcial nos dias úteis, à exceção de poucos que funcionam em tempo integral, i.e., os EPs Regionais Norte e Centro, Provinciais de Cabo Delgado, Tete e Maputo. Tais unidades sanitárias são de tamanho reduzido, algumas com internamento de curta duração, e contam com uma equipe de três médicos generalistas em todo País⁸.

As Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Mandela)⁹ estabelecem que a prestação de serviços médicos aos reclusos é da responsabilidade do Estado.

Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica⁹⁽⁸⁾.

O Sistema Penitenciário em Moçambique encara dificuldades relacionadas com a infraestrutura, alocação de recursos humanos com capacidade assistencial e existência de doenças no meio da população reclusa tais como Aids e outras Infecções de Transmissão Sexual (ITS), tuberculose (TB), malária, doenças de pele e

até problemas nutricionais. Do conjunto das diferentes enfermidades, as doenças transmissíveis constituem o principal problema de saúde em meio penitenciário. Essa situação torna-se motivo de atenção especial quando esses cidadãos se beneficiam, nos termos da lei, de alguma saída e regressam à convivência comunitária, podendo gerar repercussões na dinâmica social da transmissão e sua reinfecção¹⁰.

Com a prossecução das ações de reforma e com objetivo de melhorar gradualmente a assistência sanitária, os Ministérios da Justiça e do Interior assinaram, em 2004, um memorando de entendimento com o Ministério da Saúde (Misau) que prevê a prestação dos cuidados de saúde aos reclusos nos estabelecimentos de detenção e nas diferentes penitenciárias do País. As partes acordaram, dentre vários temas, os seguintes: assistência médica e técnica; concepção de programas e execução de projetos; fornecimento de equipamento hospitalar e meios de tratamento; abastecimento de medicamentos e outro material preventivo; apoio na formação do pessoal paramédico; reabilitação ou desenvolvimento de infraestruturas físicas para a continuidade dos objetivos do acordo.

Desse modo, a necessidade de verificar a viabilidade de avaliação (avaliabilidade) da atenção à saúde dos reclusos justifica-se por tratar-se de tema sensível e pouco explorado, bem como por ser necessário conhecer e compreender o ambiente sanitário penitenciário de modo a criar estratégia de ações e melhor intervir. Ademais, a população privada de liberdade possui uma situação epidemiológica peculiar devido às precárias condições e à superlotação existente nas prisões.

Diante desse contexto, o objetivo deste artigo é realizar um estudo de viabilidade de avaliação da atenção à saúde dos reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM) – Moçambique com base na descrição da estrutura e dos processos de atenção à saúde no EPPM e na descrição dos contextos externos e organizacionais que interferem na atenção à saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso único com abordagem qualitativa realizado em 2016 no EPPM, localizado na Província de Maputo, sul de Moçambique.

O estudo de viabilidade de avaliação, segundo Bezerra et al.¹¹, se insere no âmbito de preparação de uma avaliação propriamente dita e consiste em entendimentos entre os envolvidos sobre o objeto e objetiva consensos sobre a necessidade ou não da realização da avaliação. Os mesmos autores referem que o estudo permite a preparação de um ambiente favorável a avaliações futuras, criando oportunidades para a utilização dos resultados pelos principais intervenientes. Para Thurston e Potvin¹², esse tipo de estudo possibilita entendimentos aprofundados sobre o objeto da pesquisa e uma apreciação prévia das possibilidades de sua avaliação, racionalizando recursos, frequentemente escassos para o processo avaliativo.

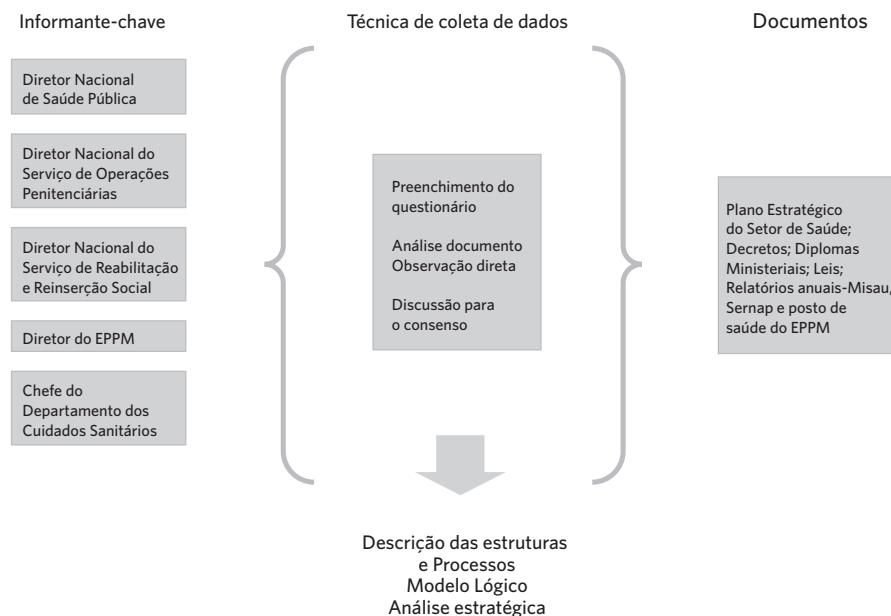
Este estudo de viabilidade de avaliação levou em consideração as seguintes etapas sugeridas por Thurston e Ramaliu¹³: (a) delimitação do programa e identificação de metas, objetivos e atividades; (b) identificação e análise dos documentos

da intervenção a ser avaliada; (c) construção do modelo lógico, tendo em consideração os recursos disponíveis; (d) supervisão do programa; (e) identificação dos usuários envolvidos na avaliação; e (f) elaboração de recomendações sobre o programa. A identificação desses elementos também foi utilizada em diversos estudos recentes^{14,15}.

Para a realização deste estudo, privilegiou-se a combinação das seguintes técnicas de pesquisa: análise documental, observação direta e questionário, como forma de acumular dados com credibilidade. A coleta dos dados foi baseada em fontes primárias e secundárias. Os dados primários foram obtidos pelos questionários e observação direta, usando instrumentos semiestruturados. Os dados secundários advieram da análise da documentação institucional, legislação nacional, Plano Estratégico do Setor Saúde (Pess), decretos, diplomas ministeriais, leis e relatórios.

A *figura 1* apresenta a estrutura do estudo de viabilidade de avaliação contendo as técnicas de coleta de dados, os documentos e os informantes-chave, que, por sua vez, foram os potenciais usuários identificados.

Figura 1. Estrutura do estudo de avaliabilidade da atenção à saúde dos reclusos do EPPM



Fonte: Adaptada¹⁶.

A *figura 1* mostra que foram consultados o Decreto-Lei nº 26.643, de 28 de Maio 1936, Diplomas Ministeriais, relatórios anuais do Misau e do Ministério da Justiça, Sernap, EPPM, Hospital Geral da Machava e Serviços de Saúde, Mulher e Ação Social da Matola (SSMAS). Inicialmente, foi realizada uma leitura superficial de todos os documentos acessados e, posteriormente, uma leitura em profundidade a fim de identificar os pontos para a descrição das estruturas e processos, identificação dos usuários potenciais e construção do modelo lógico da atenção à saúde no EPPM.

A observação direta dos serviços de atenção à saúde permitiu que dados fossem registrados à medida em que os fatos iam ocorrendo, de forma espontânea, sem a devida preparação, pois a melhor ocasião para o registro é no local onde a atividade é desenvolvida. O uso dessa técnica também consistiu na observação das práticas dos diferentes colaboradores do Sernap, funcionários e reclusos.

Elaborou-se um questionário auto aplicado, entregue a 28 pessoas e respondido por 21 informantes representantes da Direção Nacional da Assistência Médica (DNAM), Sernap, Hospital e SSMAS da Matola. Solicitou-se previamente o consentimento e autorização da Direção Geral do Sernap com o conhecimento do EP, Misau e da Direção Provincial de Saúde de Maputo. Os questionários foram entregues pessoalmente e antecedidos pela explicação dos objetivos da pesquisa e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Decidiu-se pelo questionário auto aplicado para evitar constrangimentos, visto que a principal pesquisadora do estudo possuía uma posição hierárquica no Sistema Penitenciário de Moçambique.

Optou-se por identificar os participantes da pesquisa com as letras PM para os dois profissionais do Posto Médico, PD para as duas Pessoas da Direção do EPPM, IC para Informante-Chave, i.e., os cinco Gestores do Misau e Sernap não profissionais de saúde, e PS para os doze Profissionais da Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A numeração foi

dada de acordo com a arrumação dos questionários. Todos os dados coletados e os registros do diário de campo utilizados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo¹⁷ e categorizados em três áreas: Estrutura da Atenção à Saúde, Processos na Atenção à Saúde e Contexto Político-Organizacional.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê Nacional de Bioética em Saúde de Moçambique e aprovado por meio do parecer nº 34/CNBS/2016. O estudo teve caráter confidencial e a identidade dos participantes foi mantida em anonimato e resguardada.

Resultado e discussão

Estrutura da atenção à saúde no EPPM

O EPPM tem capacidade de 800 vagas, é constituído por um bloco administrativo, um gabinete de assessoria jurídica, uma escola com cinco salas de aulas, um posto médico sem internamento, uma cozinha, dez pavilhões incluindo o pavilhão dos doentes da TB, uma gráfica, uma serralharia, uma alfaiataria, uma carpintaria, uma tecelagem, um balneário externo, um local para receber as visitas dos familiares e o recinto geral.

O posto médico localiza-se fora da área administrativa, possui dois consultórios, para médico e enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala de observações, que também funciona como sala de espera, ala administrativa, farmácia, dois sanitários, sendo um para os profissionais e um para os reclusos, uma copa e uma sala preparada para circuncisão médica voluntária. Não há laboratório, sala para colheita de sangue nem sala para esterilização de material. Ademais, falta água corrente. Na sala de tratamento clínico não há material suficiente para fazer curativos. As condições propícias para a transmissão do HIV, cuja prevalência é maior nos EPs, acentuam-se devido à carência material. A

precariedade da estrutura física das unidades de saúde também foi encontrada no Brasil por Oliveira¹⁸, que refere gabinetes médicos sem ventilação adequada, sem local para a coleta de amostras de sangue e insuficiência de recursos materiais básicos, como maca para observação.

A equipe de saúde é constituída por um médico, dois enfermeiros gerais, uma agente

polivalente elementar, uma servente que atende à farmácia e mais quatro agentes penitenciários que prestam apoio ao posto médico. Esse número de funcionários foi considerado insuficiente por todos os entrevistados. O *quadro 1* indica as categorias e o número de profissionais de saúde necessários para uma melhor atenção sanitária.

Quadro 1. Categorias e número de profissionais de saúde necessários para o EPPM, 2017

Categoria dos Profissionais de saúde necessários	Nº de Profissionais
Médico generalista	2
Médico dentista	1 a 02
Técnico de medicina	1 a 2
Enfermeiros	3 a 4
Assistente social	1
Psicólogo	2
Psiquiatra	1 a 2

Fonte: Elaboração própria.

O número de profissionais proposto foi considerado ideal para a atual população reclusa de cerca de três mil e pode possibilitar assistência nas 24h do dia a exemplo do que acontece em alguns países como Brasil e Espanha, onde a assistência é garantida por uma equipe fixa composta por médico, enfermeiro, odonto-estomatologista, ou dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem para um determinado número de reclusos^{19,20}.

A insuficiência de recursos humanos em quantidade e qualidade na área da saúde e a falta de equipamentos médico-cirúrgicos associada ao tempo limitado de assistência para garantir atenção à saúde adequada resultam em uma deficiente prestação dos cuidados de saúde no Estabelecimento Penitenciário. Oliveira¹⁸ tem o mesmo achado no seu artigo, elucidando que a equipe de saúde em duas unidades prisionais estudadas era insuficiente. Concomitantemente, Minayo e Ribeiro²¹ também discorreram sobre a escassez de

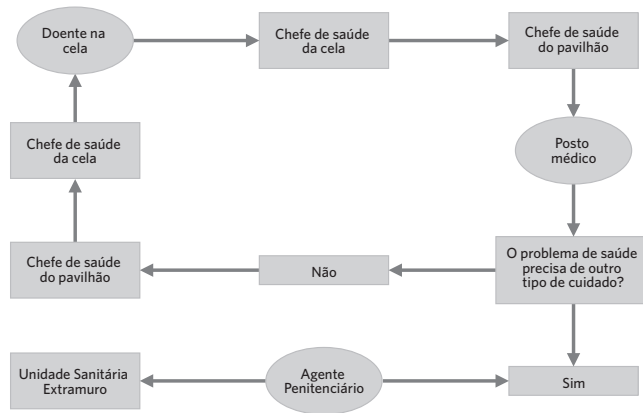
profissionais de saúde, a demora nos atendimentos e, principalmente, quando o problema envolve o atendimento emergencial.

Processos na atenção à saúde no EPPM

O posto médico funciona por oito horas nos dias úteis. Nos horários em que não opera, os doentes graves são transferidos para as US do SNS e os não graves aguardam para o dia seguinte. Para se dirigir ao posto médico, os reclusos são acompanhados pelo 'chefe de saúde'. O chefe de saúde é um recluso eleito pelos outros em coordenação com a direção do estabelecimento, cujo papel é dar informações do posto médico, acompanhar os doentes para assistência médica, providenciar e garantir a tomada diária dos medicamentos e representar o elo entre os reclusos e a direção para garantir a fluidez da informação.

A admissão do recluso na consulta tanto do enfermeiro como do médico obedece a um determinado fluxograma:

Figura 2. Fluxo de atendimento dos reclusos do EPPM, 2017



Fonte: Elaboração própria.

Existem pontos divergentes entre o que a literatura revela e a realidade no EPPM em relação ao fluxo para o atendimento do recluso doente. Enquanto, para Diuana et al.¹⁰, o guarda penitenciário desempenha papel preponderante, facilitando ou dificultando a ação, o acesso aos serviços de saúde, neste estudo, é papel atribuído ao recluso, que pode ser chefe da cela ou do pavilhão. Esse, por sua vez, pode facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, considerando que, na prisão, predomina a ‘lei do mais forte’, sendo indispensável que o pessoal da saúde faça uma visita diária aos pavilhões para identificar casos que precisem de atenção.

Essa situação remete ao artigo de Le Marcis¹, que descreve como os doentes mais fracos e com menores condições de pagar ao chefe dos reclusos são os menos capazes de ter acesso à assistência médica. Ou seja, é um arranjo não institucionalizado que passa a ser reconhecido como formal para a garantia do acesso no contexto penitenciário. Outros autores tais como Sánchez e Larouze²² também consideram que o acesso aos serviços de saúde na prisão, que deveria ser disponível a qualquer recluso que necessite, é controlado ou pelo agente penitenciário ou pela hierarquia interna dos presos.

De acordo com a observação realizada, o atendimento no posto é feito sem nenhuma

privacidade e as consultas são sempre acompanhadas pelo chefe da saúde, que exerce a sua autoridade. Essa presença inibe o recluso e não permite que exponha o seu real problema. Um aspecto muito importante, segundo Coyle²⁰, é o direito à privacidade e à confidencialidade durante a consulta médica, e, por questões de segurança o guarda ou qualquer acompanhante pode estar num local visível, mas fora do campo da audição.

Um dado importante relacionado com a atenção, também comprovado por Jólluskin et al.⁷, é que os reclusos recém-chegados ao EP apresentam-se com infecções de transmissão sexual e outras doenças transmissíveis, o que revela que essa população já ingressa com problemas de saúde, havendo necessidade de se garantirem ações de educação para saúde e medidas de prevenção regulares para evitar novas transmissões ou reinfecções. Tais atividades são garantidas pelos educadores de pares no posto de saúde e no ambiente prisional em geral. Esses educadores são reclusos ou funcionários com formação nas áreas de prevenção e promoção da saúde, incluindo sinais e sintomas de Aids, tuberculose, malária, direitos humanos, saneamento do meio e higiene. Em sua maioria, são chefes de saúde que apoiam o posto médico

na sensibilização e mobilização de outros reclusos na adoção de medidas de prevenção³.

Ao ingressar no EP, o recluso é submetido a uma avaliação médica, acompanhada pelo preenchimento de uma ficha de entrada, que permite um diagnóstico rápido e precoce, possibilitando o acesso ao tratamento atempado, bem como a medidas de prevenção. Os profissionais de saúde entrevistados consideram importante a identificação precoce de doenças infectocontagiosas para a subsequente separação dos doentes:

[...] Triagem à entrada dos reclusos incluindo rastreios permanentes e separação de reclusos por faixa etária. (são sugeridos por PS10).

[...] Visitas regulares dos médicos aos reclusos, triagem do recluso à entrada para diagnosticar doenças infecto contagiosas. (por PS3).

Essa avaliação para a entrada está em consonância com as recomendações das Regras de Mandela⁹, que sugerem o atendimento à pessoa privada de liberdade, sempre que possível, antes de sua entrada no Estabelecimento Penitenciário. Os achados de Martins²³ igualmente convergem sobre a avaliação clínica inicial do recluso após ingressar no EP, num prazo máximo de 24 horas.

Igualmente, os profissionais de saúde que prestam assistência nas unidades sanitárias extramuros sugerem que, para melhorar a assistência, é necessário encaminhar ou transferir os reclusos o quanto antes a fim de evitar o agravamento ou a morte. Nesse sentido, foi unânime o posicionamento de que se deve:

[...] Transferir a tempo os reclusos doentes para não chegarem em estado terminal nas US. (PS4).

[...] Encaminhar a tempo os reclusos doentes para beneficiarem do tratamento, respeitar as referências feitas pela US para outros hospitais com cuidados completos. (PS5).

O encaminhamento de reclusos doentes às unidades sanitárias do SNS é frequente,

embora não recebam sempre o devido atendimento ou recebam alta hospitalar ainda em estado não satisfatório. Essa falta de sensibilidade e humanismo e o vaivém debilitam cada vez mais a saúde do recluso. A situação demonstra uma clara negligência da assistência dada aos presos, confirmando a posição de Kölling, Silva e Sá⁵, que afirmam que não se pode tratar o recluso com desumanidade, que ser preso não significa perder sua condição humana ou seus direitos à cidadania.

A atenção à saúde no EPPM ainda não é completa, como se pode depreender pelas várias transferências realizadas para o serviço de estomatologia ou para realização de exames complementares de diagnóstico⁸. A diarreia, a malária, dermatites, infecções das vias respiratórias superiores, TB, hérnia inguinal e cárie dentária são os problemas de saúde que mais assolam o EPPM, sendo que o HIV e a Aids, algumas vezes associado à TB, constituem a principal causa de morte. Outro agravamento, não menos importante, é a hepatite, embora não existam estudos relatando essa doença no meio penitenciário moçambicano.

No que concerne às atividades preventivas e promoção de saúde, existe no posto médico, expostos e afixados nas paredes, materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre a prevenção da TB, HIV, doenças diarreicas etc., todos escritos em língua portuguesa. Martins²³ menciona a baixa escolaridade ou até mesmo o analfabetismo que existe no seio dos reclusos como limitante para a percepção das mensagens, devendo a direção do EPPM e os profissionais de saúde escolher a comunicação verbal, o que será fundamental para sua compreensão e mudança de atitude. Entretanto, a dinâmica do posto é mais curativa e com poucas atividades preventivas. O aconselhamento em saúde, principalmente para doenças transmissíveis tais como o HIV e TB, é inexistente, embora fosse importante para a conscientização do recluso sobre a existência dessas doenças e seus métodos de prevenção. Há que se refletir sobre a inexistência ou incipiência de atividades de prevenção e

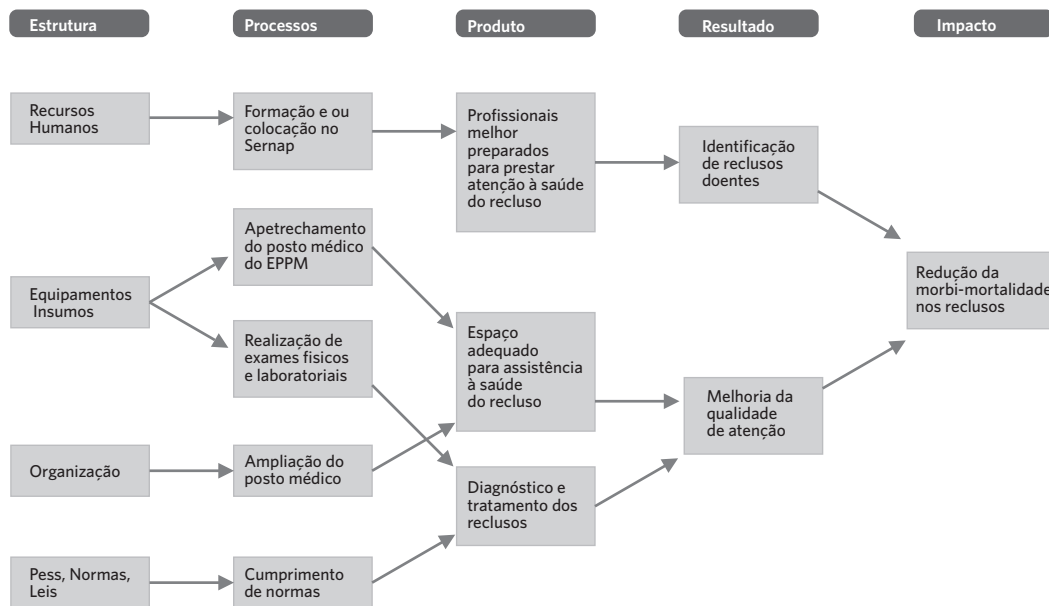
promoção diante de uma situação de saúde tão precária nessa Penitenciária, principalmente em relação às doenças infecciosas.

Os profissionais de saúde exercem papel relevante na promoção da saúde quer seja pela distribuição de material educativo quer por palestras divulgando mensagens. É importante a divulgação da informação sobre o

HIV e Aids a toda a população penitenciária como forma de prevenir a transmissão entre esse grupo, assim como proteger a comunidade em geral²³.

A coleta e análise dos dados resultou na elaboração do Modelo Lógico da Atenção à Saúde no EPPM (figura 3), o que permitiu a descrição da racionalidade da intervenção.

Figura 3. Modelo lógico da atenção à saúde aos reclusos do EPPM



Fonte: Elaboração própria.

Pess - Plano Estratégico do Setor Saúde.

Contexto político-organizacional do Estabelecimento Penitenciário

No domínio da estrutura organizacional, o EPPM, por meio do memorando de entendimento assinado entre o Ministério da Justiça e o da Saúde, recebe apoio na área de assistência médica e exames complementares de diagnóstico nas unidades hospitalares do SNS, medicamentos, programas de rastreio da TB e testagem para o HIV. Nessa relação, pode-se identificar dois polos de poder: de um lado, a gestão penitenciária, que possui a tutela do recluso, assegurando as

condições de reabilitação e reinserção social do mesmo, e, de outro, o SNS, que possui os serviços, programas, equipamento tecnológico e o conhecimento sobre os cuidados necessários para garantir a assistência à população penitenciária de forma adequada. Além disso, a penitenciária estabeleceu parcerias com algumas confissões religiosas para prestarem apoio psicossocial, espiritual e auxiliar a reabilitação do recluso. Similarmente, algumas Organizações Não Governamentais apoiam as atividades do saneamento do meio, construção de sanitários e formação dos educadores de pares.

Por conseguinte, dada a importância que a saúde tem e, principalmente no contexto penitenciário devido a diversos fatores, tentou-se saber dos entrevistados que ações estratégicas podem ser adotadas para a melhoria da assistência.

[...] Considerando a saúde um direito fundamental e consagrado na constituição da República os reclusos têm direito à saúde e deve se beneficiar de todas as intervenções de Saúde Pública porque depois da reclusão voltam à comunidade e podem correr o risco de transmitir doenças ou ficar infectado se não adaptarem medidas de prevenção. (IC5).

A saúde das pessoas privadas de liberdade incontestavelmente é questão de saúde pública. Nos dizeres de Minayo e Constantino⁴, a convivência dos reclusos com as suas famílias e com os agentes e funcionários da penitenciária, pode disseminar doenças se as condições de saúde forem precárias.

Quando questionados sobre que melhorias poderiam ser realizadas de modo a garantir uma boa assistência aos reclusos, os entrevistados mencionaram questões de natureza administrativa – recursos humanos –, como a formação de quadros de pessoal da saúde, e estruturais – recursos materiais –, como a aquisição de equipamentos de saúde apropriados para a assistência dos reclusos:

[...] Construção de um Centro de Saúde penitenciário e apetrechamento com equipamento. Colocação de médicos enfermeiros, farmacêuticos e agentes serventuários. (IC3).

O IC2, em sua resposta, remete-nos a um dos princípios fundamentais da Constituição da República que é o direito à vida e à saúde, independentemente da situação em que o indivíduo se encontra. Contudo, as infraestruturas penitenciárias não concorrem para a efetivação de padrões humanizantes e, cada vez mais, se tornam uma realidade dura para as equipes de saúde que trabalham todos os dias para contribuir com a melhoria da saúde dos reclusos²⁴.

[...] Formação de quadros de Saúde, nos níveis médio e superior, melhorar infraestruturas das penitenciárias para redução do confinamento, melhorar postos de Saúde para melhorar o fluxograma do atendimento dos reclusos, apetrechamento em material médico e equipamento hospitalar, maior envolvimento do Misau. Maior abertura dos gestores penitenciários na discussão e adoção de pacotes de Saúde oferecidos à população em geral. (IC2).

O PM1 considera também a necessidade de melhoria das condições estruturais do serviço de saúde penitenciária:

[...] Melhorar as infraestruturas, aumentar compartimentos, laboratório, ATS, garantir água potável corrente, aumentar número de profissionais, ter dermatologista, psiquiatra, oftalmologista etc. Cirurgia, estomatologia e fisioterapia. (PM1).

As sugestões de índole administrativa resumiram-se à insuficiência de recursos humanos e à necessidade de formação e alocação de mais pessoal de outras áreas de especialidade, de modo a se criarem condições para garantir um atendimento 24 horas por dia. Embora Kölling et al.⁵ considerem que o aumento de profissionais especializados em uma determinada unidade não implique melhoria da assistência à saúde, porque existem outros fatores indispensáveis à melhoria da qualidade de vida e atenção à saúde, Damas²⁵ e outros autores¹⁸ consideram que a existência de uma equipe de saúde multiprofissional é vital para minorar a demanda para outras unidades de saúde.

As sugestões de natureza estrutural relacionaram-se com o tamanho do posto, o tipo de serviços a serem prestados e a falta de recursos materiais. Relativamente às dimensões do posto, foi referenciado seu tamanho reduzido e ausência de vários compartimentos úteis para uma boa funcionalidade. A exiguidade de espaço físico, a carência de equipamento e outros materiais associados à insuficiência de recursos humanos constituem fatores que afetam e dificultam de algum modo uma boa

prestação de cuidados de saúde aos reclusos, como revelam as falas de dois dos participantes do estudo:

[...] Dada à especificidade da população reclusa sugiro que se organize um serviço de Saúde penitenciária que inclua ações de promoção, preventivas, curativas e reabilitativas em particular nos principais centros prisionais dotados de RH, materiais, financeiros e infraestruturas. (IC5).

[...] Previsão de uma parte do orçamento do Sernap para área de cuidados sanitários, construção de uma unidade hospitalar penitenciária com internamento em cada região. Formação de reclusos com escolaridade em matérias de Saúde. Estabelecimento de um sistema de monitoria. (IC2).

Tais sugestões fazem perceber que não existe um serviço de saúde que garanta atenção completa à saúde do recluso. Essa falta de recursos materiais e financeiros e a insuficiência de profissionais geram precariedade no atendimento. Os resultados apresentados mostram que a assistência ao recluso não é totalmente garantida pelo Sistema Penitenciário e muito menos pelo SNS.

O desconhecimento do memorando entre o Ministério da Justiça e o da Saúde pelos profissionais de saúde, aliado à falta de política clara para a assistência à saúde dos reclusos, não dispensa o dever de cuidar desse grupo já excluído por sua condição social. A desconexão entre o Sernap e o Misau possibilita que o atendimento ou atenção à saúde do recluso seja inadequada e insuficiente. A saúde é um direito de todo cidadão consagrado na CRM e um dever do Estado provê-la a todos sem discriminação. Existe a preocupação de o recluso usufruir o que está consagrado constitucionalmente, assim como da prevenção de transmissão de doenças para a comunidade, confirmando o que Diuana et al.¹⁰ afirmaram no seu estudo.

As atividades referentes à promoção de saúde e prevenção de doenças precisam ser

mais intensificadas, considerando o problema da superlotação do estabelecimento e dos reclusos que dão entrada com situação ou suspeita de doenças transmissíveis. A literatura nos revela que essas doenças também são frequentes nesse meio⁵. De acordo com o que consta no relatório em Moçambique, a TB, ITs, HIV e Aids são doenças que afetam a população reclusa moçambicana³.

Esses resultados do estudo indicam que o atual modelo de assistência não atende cabalmente aos problemas de saúde e às necessidades de assistência dos reclusos. Nesse contexto, havendo uma visão clara das normas, estrutura e processos de atenção à saúde prisional, julga-se pertinente e viável a realização de uma avaliação.

As principais limitações desta pesquisa envolveram a insuficiência ou falta de informação nos relatórios do Misau referentes ao atendimento dos reclusos, bem como a ausência de estudos referentes à atenção à saúde dos reclusos em Moçambique. O uso do questionário auto aplicado não permitiu aprofundar mais as perguntas. Apesar de a investigação ser realizada numa área na qual a pesquisadora tem responsabilidades sobre a sua execução, destaca-se que o acesso ao Sistema Penitenciário e o cuidado nas coletas foi o que permitiu a realização desse estudo.

Considerações finais

Neste estudo de avaliabilidade, objetivou-se agregar diferentes perspectivas por meio de diferentes fontes de informação, obtendo, desse modo, a comprovação ou contradições entre os achados, o que permitiu constatar que a atenção à saúde do recluso é um assunto pouco debatido e não está incluído de forma devida nas políticas de saúde do SNS. Ainda que a população reclusa seja atendida nas unidades hospitalares circunvizinhas dos EPs, não existe nenhuma referência, informação ou abordagem a esse grupo populacional nos relatórios do Misau no geral.

O estudo de caso realizado trouxe elementos que puderam contribuir para o desenho de uma futura avaliação da atenção à saúde dos reclusos em Maputo ou mesmo em Moçambique. Muitos foram os achados que revelam a necessidade de ajustes e adequação na estrutura e nos processos da atenção à saúde dos reclusos, do envolvimento de atores-chave e de priorização na agenda da política de saúde do País. Contudo, há que se incorporarem esforços de acompanhamento e avaliação da qualidade das ações existentes e de indução para a implantação de novas ações.

Para que os reclusos convivam em ambiente salubre, existem competências que devem ser compartilhadas, sabendo-se, evidentemente, que a questão infra estrutural geral, incluindo a construção dos postos de saúde, compete ao Ministério da Justiça. Mas o SNS tem a obrigação de equipar e alocar recursos humanos para garantir o atendimento segundo o que foi assinado no memorando.

A falta de uma Política Nacional de Saúde atualizada em Moçambique que inclua a saúde penitenciária não permite uma orientação clara quanto aos procedimentos e ações que devem ser desenvolvidas em meio penitenciário quanto à promoção, prevenção e assistência médica dos reclusos. O problema de superlotação do EP, associado a uma atenção à saúde inadequada, cria condições para o surgimento de diversas doenças infectocontagiosas e para o aumento da sobreposição de vulnerabilidade individual, social e programática.

Há a terceirização ou delegação das atividades dos profissionais de saúde, principalmente nas de promoção, repassando-as para as mãos dos educadores de pares ou chefe de saúde, o que gera seu empoderamento no estabelecimento penitenciário e um 'conforto' não somente para o pessoal da saúde como também para os guardas.

Dada a importância da atenção à saúde dos reclusos e a conclusão de que existe viabilidade para avaliação, tem-se a convicção que estudos futuros serão levados a cabo com base nos pontos críticos levantados neste estudo. Nesse caso, tem-se como recomendações: a criação de materiais nos diferentes idiomas do País e

para diferentes grupos culturais para facilitar a compreensão dos reclusos, e que o material exposto deve ser simples e com linguagem clara e acessível; o aumento do número de profissionais para garantir uma assistência 24h e o cumprimento da tomada da medicação; a supervisão e o apoio técnico regular pelo SNS para suprir as dificuldades em material médico e gestão de medicamento; a reabilitação e ampliação do posto de saúde de modo a melhorar a prestação de cuidados; a alocação de uma viatura tipo ambulância para transferência dos doentes imediatamente para as unidades sanitárias extramuros; a criação de um sistema de informação para o monitoramento devido das ações e desfechos de saúde no EPPM; e a atualização da Política Nacional de Saúde, onde se deve incluir a saúde penitenciária.

De modo geral, há a necessidade de o SNS assumir seu papel de cuidador da saúde de todos os cidadãos moçambicanos, incluindo a dos reclusos. Os Ministérios da Justiça, assuntos constitucionais e religiosos e o da saúde devem conciliar esforços como forma de criar e harmonizar políticas que promovam e melhorem a saúde no sistema penitenciário. A atuação numa perspectiva mais integrada pode contribuir para a construção de um sistema de saúde penitenciário mais ancorado nos direitos humanos e no acesso mais equânime à saúde nos Estabelecimentos Penitenciários de Moçambique, assim como nos de outros países.

Colaboradoras

Anli C (0000-0003-3457-3707)* participou da concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão de conteúdo e da redação do artigo. Cruz MM (0000-0002-4061-474X)* participou da concepção do projeto, interpretação dos dados, revisão de conteúdo e da aprovação final da versão a ser publicada. Oliveira LGD (0000-0002-8208-4134)* participou da concepção do projeto, revisão de conteúdo e da aprovação da versão final a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Le Marcis F. A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(7):2011-20.
2. Walmsley R. World prison population list. [internet]. 2018 [acesso em 2020 ago 22]. Disponível em: <http://www.Prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl.12.pdf>.
3. Moçambique. Serviço Nacional Penitenciário. Relatório anual. Maputo: Ministério do Interior; 2019.
4. Minayo MCS, Constantino R. Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora FHC; 2016.
5. Kölling GJ, Silva MBB, Sá MCD. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. *Temp - Act de Saúde Coletiva.* 2013; 7(1):281-97.
6. Moçambique. Constituição, 2004. Constituição da República de Moçambique. Maputo: Assembleia da República; 2004.
7. Jóluskin G, Castro-Rodrigues A, Silva I, et al. Saúde e reclusão: de uma breve contextualização do fenómeno ao papel dos profissionais de saúde. *Rev sociologia.* 2014; (13):89-102.
8. Moçambique. Serviço Nacional Penitenciário. Relatório anual. Maputo: Ministério da Justiça; 2017.
9. Organização das Nações Unidas. Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas Para o Tratamento de Presos. Brasília, DF: ONU; 2016.
10. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(8):1887-1896.
11. Bezerra LCA, Cinthia KAA, Yluska ACR, et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):883-900.
12. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation.* 2003; 9(4):453-69.
13. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.* 2005; 20:1-25.
14. Silva RN, Guarda FRB, Hallal PC, et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(4):e00159415.
15. Miranda WD, Guimarães EAA, Campos DS, et al. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Rev Panam Salud Publica.* 2018; (42):e182.
16. Oliveira LGD. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
17. Bardín L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
18. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(3):543-554.
19. Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003; (5):60-76.
20. Coyle A. Administração Penitenciária: Uma abordagem de Direitos Humanos. Londres: International Centre for prison studies; 2002.
21. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(7): 2031-2040.
22. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas

prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(7):2071-2079.

23. Martins JCB. A prática da saúde em ambiente Prisional: Relação entre Profissionais de Saúde e Reclusos [monografia]. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa; 2013.
24. Garrido Cardoso HHG. A Saúde dos detentos no sistema penitenciário brasileiro: Uma análise de um Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro. [dissertação].

Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa; 2019.

25. Damas FB. Assistência e Condições de Saúde nas Prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2012; 5(3):6-22.

Recebido em 26/12/2019
Aprovado em 28/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Itinerários vividos, histórias narradas: gradientes de autonomia entre beneficiários do Programa ‘De Volta para Casa’

Lived itineraries, narrated stories: the autonomy gradients among beneficiaries of the ‘Back Home Program’

Alyne Silva¹, Aleff Aleixo², Camilla Silva³, João Duarte¹, Maristela Moraes¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012711

RESUMO Este trabalho parte de uma pesquisa multicêntrica que abrange 11 municípios que sofreram intervenção federal para o fechamento dos seus hospitais psiquiátricos e lançaram mão do Programa ‘De Volta para Casa’ (PVC) como estratégia de desinstitucionalização. Inspirados metodologicamente pela etnografia e metodologia de história de vida, realizou-se o acompanhamento dos itinerários dos primeiros beneficiários do PVC em um município paraibano e, a partir de observação participante e trocas diretas com eles, produziram-se narrativas orientadas por quatro eixos de análise: 1) Trajetória de vida; 2) Autonomia: emancipação x opressão; 3) O que o capital faz poder; 4) Acesso à saúde, acesso à vida. O objetivo foi compreender os efeitos deste auxílio– reabilitação na construção de autonomia de seus beneficiários, em seus diferentes graus. Entendendo autonomia enquanto capacidade do sujeito de construir vínculos em conjunto com outras pessoas e lidar com sua rede de dependências, apresentaram-se diferentes graus de autonomia expressos pelos beneficiários do PVC, partindo da centralidade desse conceito e do tensionamento que provoca. Percebeu-se que há muitas formas e graus de autonomia entre os beneficiários acompanhados, o que depõe contra a visão liberal hegemônica de autonomia.

PALAVRAS-CHAVE Autonomia pessoal. Reforma dos serviços de saúde. Desinstitucionalização.

ABSTRACT *This work starts from a multicenter research that covers eleven cities that suffered federal intervention to close their psychiatric hospitals and have used the ‘De Volta para Casa’ Program (PVC – Back Home Program) as a deinstitutionalization strategy. Methodologically inspired by ethnography and life history methodology, we followed the itinerary of the first beneficiaries of PVC in a city in Paraíba, and from participant observation and direct exchanges with them, we produced narratives guided by four axes of analysis: 1) Life Trajectory; 2) Autonomy: emancipation x oppression; 3) What capital provides; 4) Access to health, access to life. Our goal was to understand the effects of this rehabilitation aid on the reconstruction of beneficiaries’ autonomy, in its different degrees. Understanding autonomy as the subject’s ability to build bonds with other people and deal with his dependency network, we present different degrees of autonomy expressed by PVC beneficiaries, starting from the centrality of the concept and the tension that it causes. It was noted that there are many ways and degrees of autonomy, which testifies against the hegemonic liberal view of autonomy.*

KEYWORDS *Personal autonomy. Health care reform. Deinstitutionalization.*

¹Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campina Grande (PB), Brasil.
alvarezalyne@gmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.

³Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande (PB), Brasil.



Introdução

No campo da saúde mental, em quase quatro décadas de luta antimanicomial, desde o início das problematizações, no final da década de 1970 – que deram origem ao Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e, posteriormente, aos Movimentos da Luta Antimanicomial (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – Renila) – até o final de 2015, teve-se significativo avanço na construção e implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, pautada na defesa, promoção e garantia dos direitos humanos da população com diagnóstico de transtorno mental ou em sofrimento psíquico, o que há pouco tempo também entrou no rol dos retrocessos.

Após anos de luta contra saberes e práticas médico-centrados e hospitalocêntricos, até então, hegemônicos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) se consolida com a aprovação da Lei nº 10.216/2001¹, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, dando base à Política Nacional de Saúde Mental. À Lei da Reforma Psiquiátrica, soma-se a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD)², assinada pelo Brasil, em 2008, e regulamentada pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência³, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. É importante dizer que, por pessoa com deficiência, entende-se:

[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas².

Além dos avanços legislativos, na dimensão técnico-assistencial da RPB, viu-se a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)⁴, com a implantação de vários serviços substitutivos territoriais que a compõem, em especial, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o qual contava, em 2015, com 2.328 unidades em todo o território nacional⁴. A expansão da Raps se deu em paralelo ao fechamento de mais de 60 mil leitos psiquiátricos/Sistema Único de Saúde (SUS), entre os anos de 1994 e 2014^{1,5}, bem como a implementação de outros dispositivos de garantia/restituição de direitos previstos na Portaria nº 3.088/2011⁶, do Ministério da Saúde, que institui a Raps para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Um desses dispositivos é o auxílio-reabilitação, instituído pela Lei nº 10.708/2003⁷, que integra um programa de ressocialização denominado Programa ‘De Volta para Casa’ (PVC) e que prevê, atualmente, o recurso de R\$ 412,00 a quem esteve por dois anos ou mais internado em instituições de longa permanência, visando à sua reabilitação psicossocial. Na Portaria nº 3.088/2011, o PVC é entendido como Estratégia de Desinstitucionalização e descrito como “uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização” (§ 3º, art. 11)⁶.

De modo geral, desinstitucionalização é o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos das instituições voltadas para loucura, objeto que, irredutível a uma doença, deverá ser entendido enquanto “existência-sofrimento da pessoa em sua relação com o corpo social” segundo Rotteli⁸⁽⁹¹⁾. De acordo com o mesmo autor, desinstitucionalização seria “o processo prático-clínico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto”⁸⁽⁹¹⁾. Portanto, processo permanente de questionamento e superação das estruturas e lógicas manicomiais *pari-passu* à invenção de outras práticas, saberes e relações que busquem

acompanhar o fluxo mutante da vida e suas condições de existência a partir do princípio fundamental do cuidado em liberdade.

De modo mais pontual, desinstitucionalizar, para além do simples sentido de retirar alguém da instituição asilar, significa restituir-lhe dos direitos fundamentais para a sua reprodução social, para uma vida digna em sociedade. Nesse sentido, os componentes de desinstitucionalização previstos na Portaria nº 3.088/2011 são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o PVC, ou seja, moradia e renda/benefício, dois direitos fundamentais para o exercício da cidadania.

O PVC busca garantir poder de contratualidade àqueles que estiveram à margem da sua condição de cidadania na medida em que, além do direito à cidade, da ampliação do circuito de circulação pelo território, possibilita um poder de barganha para a vida na sociedade de consumo em que se vive. A autonomia também deve ser consequência desse dispositivo, considerando a necessidade de que as pessoas egressas de manicômios retomem ou construam, a partir do benefício, possibilidades de identificação das suas necessidades e potencialidades para saná-las minimamente.

Tendo em vista a importância do PVC para a efetivação da RPB, em 2016, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) propôs parcerias com grupos de pesquisa de algumas universidades públicas para executar o projeto de pesquisa intitulado 'O Programa De Volta Para Casa e a desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários'. A pesquisa abrangeu a realidade de 11 municípios brasileiros que sofreram intervenção federal para o fechamento dos seus respectivos hospitais psiquiátricos, todos com péssimas avaliações no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) naquele período. As intervenções federais foram cuidadosamente construídas entre 2004 e 2005.

Aos egressos dos hospitais psiquiátricos fechados, foi garantido o auxílio-reabilitação do PVC. Além do PVC, nos municípios que sofreram intervenção federal, houve a implantação

de SRT destinados aos egressos; a abertura de Caps com atendimento 24 horas; e a formação específica para trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental, com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em um município da Paraíba, o Hospital Psiquiátrico fechado funcionou por 44 anos e chegou a abrigar até 200 internos, sendo a maioria deles custeados com recursos públicos. Na época do seu fechamento, o manicômio havia sido avaliado como um dos piores do Brasil, oferecendo:

Condições extremamente desumanas, como falta de colchões e roupas, falta de água, alimentos estragados servidos, banhos coletivos com mangueira, entre outras situações inaceitáveis⁹⁽⁴⁾.

O fechamento do Hospital teve pouco apoio popular, apesar das denúncias públicas feitas pelos interventores, pois políticos, familiares de pacientes e outros segmentos da população daquela cidade temiam um aumento da violência produzida por tal população quando posta em liberdade¹⁰.

Desde a intervenção, ocorrida em 2005, a Raps do município cresceu substancialmente e hoje:

Conta com 08 CAPS (sendo dois nos municípios vizinhos), dos quais 02 são 24 horas (um deles é um ad infanto-juvenil), 06 Residências Terapêuticas, um Centro de Convivência Cultural, um Chalé de Artesanatos da Saúde Mental em um mercado de artesanato da cidade, além de leitos especializados em hospital geral municipal (doze para adultos e oito para crianças e adolescentes). O município conta com uma referência técnica dos Serviços Residenciais Terapêuticos que também atua como coordenadora do PVC⁹⁽⁴⁻⁵⁾.

Como parte da produção dessa pesquisa da Fiocruz acima citada, realizou-se o acompanhamento dos itinerários de dez beneficiários, ao longo de aproximadamente quatro meses

(novembro de 2017 a fevereiro de 2018), como preconizava o desenho metodológico da pesquisa nacional, orientado pelos princípios da RPB. Optou-se por obter o consentimento de todos, na medida da sua capacidade de expressar a permissão, bem como propôs-se o acompanhamento das pessoas nos territórios de liberdade proporcionados também pela pesquisa, entendida como parte da rede de proteção a seus modos peculiares de existência.

Assim, para além da análise dos impactos do PVC na vida de seus primeiros beneficiários, que em algum nível garantiram o aumento da contratualidade e da autonomia dos sujeitos, viu-se que a própria pesquisa disparou efeitos nessa direção em virtude do modo como os pesquisadores propuseram aproximação e construção conjunta da pesquisa. Ficou evidente o aumento da autonomia dos beneficiários do PVC também como efeito da relação orientada pelos princípios éticos da RPB, base de formação dos pesquisadores.

Nesse sentido, visou-se com este artigo apresentar diferentes graus de autonomia expressos pelos beneficiários do PVC, acompanhados na referida pesquisa, partindo da centralidade do conceito de autonomia. Para tanto, utilizaram-se trechos de duas das narrativas construídas na pesquisa.

Metodologia

Como já mencionado, o presente artigo é um recorte de uma pesquisa multiterritorial, inspirada na etnografia e na metodologia de história de vida, na qual se utilizaram três procedimentos metodológicos: produção de narrativas a partir do encontro e do acompanhamento dos itinerários de beneficiários; entrevistas com atores estratégicos que atuaram à época do fechamento do manicômio local; e a constituição de um Comitê de Acompanhamento da Pesquisa (CAP), com o objetivo de discutir, sistemática e coletivamente, os caminhos a serem tomados no decorrer da pesquisa.

Considerando o objetivo proposto para a elaboração deste artigo, optou-se por utilizar

apenas o que foi construído no encontro entre pesquisadores, pesquisadoras e beneficiários: as narrativas. Enquanto produtos encomendados pela pesquisa nacional, as narrativas foram definidas como produções textuais sobre a vida dos primeiros beneficiários do PVC, daquele município, produzidas a partir da observação participante e diálogo direto com os beneficiários, orientadas pelos seguintes eixos de análise: 1) Trajetória de vida; 2) Autonomia: emancipação x opressão; 3) O que o capital faz poder; 4) Acesso à saúde, acesso à vida.

Para Lacerda e Guzzo¹¹, o Método de Histórias de Vida (MHV) procura apreender o conteúdo e os aspectos subjetivos relativos à descrição da própria vida por parte do sujeito; isso subsidiou o recurso a essa metodologia para cobrir os eixos e, em especial, o primeiro. À medida que se narra a própria história, os sujeitos dão novos sentidos, ressignificam e se repositionam diante da própria história, analisando por novas perspectivas os eventos vividos. A história de vida narrada produz um conjunto de passagens que podem ser decompostas e analisadas com vistas à identificação de posições e papéis exercidos pelos sujeitos em situações histórico-concretas. Há de se observar as particularidades na apropriação desse método: dada a condição de alguns dos atores acompanhados, o acesso às suas histórias de vida só foi possível mediante o contato com seus parentes mais próximos, de modo que algumas das histórias narradas na pesquisa são produtos do entrelaçamento de relatos e perspectivas distintas.

Para a observação participante e para o diálogo direto com os beneficiários e com suas famílias e cuidadores – bem como para a escrita dos diários de campo – utilizaram-se 15 questões norteadoras. Elas foram desde os aspectos da vida atual – tais como saúde, moradia, educação, gostos pessoais, experiências do cotidiano, relações interpessoais, relação com o cuidado, acesso à cidade e as trocas nela realizadas – passando pelo uso do benefício e, para além disso, a compreensão do beneficiário com relação a este e,

por fim, explorando questões outras, como experiências passadas – as moradias pelas quais passaram, por exemplo – além de buscar compreender a relação dos beneficiários com a Raps. Assim, tais questões foram propostas como modo de orientar os olhares dos pesquisadores em cada encontro e, assim, facilitar a construção das narrativas, de acordo com seus quatro eixos. As questões orientaram a produção das narrativas e a construção de um princípio de análise sobre o impacto do PVC na vida dos beneficiários.

A imersão no campo guiados pelo método etnográfico¹² colocou os investigadores diante da abertura para a relação com as pessoas beneficiárias do PVC e suas experiências de vida, assim como garantiu a observação e a troca direta com elas nos seus locais de moradia – fossem estes locais as Residências Terapêuticas (RT), fossem as casas de familiares e/ou responsáveis por aqueles que não moravam sozinhos – e, quando possível, em seus espaços de trânsito.

Das dez narrativas escritas, uma para cada um dos dez beneficiários acompanhados ao longo do percurso da pesquisa, escolheram-se apenas duas para problematizar o conceito de autonomia. Tal delimitação se deu, primeiramente, a partir dos próprios limites concernentes ao trabalho aqui proposto. Além disso, a definição das histórias que são utilizadas enquanto ponto de partida para a discussão foi feita de maneira aleatória, entre aquelas que haviam sido escritas por, pelo menos, uma das pessoas pesquisadoras que compõem a autoria deste trabalho, já que o grupo de pesquisadores era mais extenso.

Em todas as narrativas, trabalhou-se com pseudônimos criados a partir da história de cada beneficiário – pelo seu apreço por algum personagem conhecido, por seus gostos musicais, por seu modo de se relacionar com as pessoas, entre outros aspectos subjetivos que surgiram no decorrer dos encontros. As narrativas foram escritas ao longo de, em média, dez encontros entre cada beneficiário e pesquisadores/as, registrados em

diários de campo. O período de quatro meses para a coleta das informações e o número de encontros realizados com cada beneficiário não foram predeterminados. A orientação da coordenação nacional era buscar responder as 15 perguntas norteadoras e alinhar as narrativas a partir dos 4 eixos de análise. Na medida em que pesquisadores se sentiam contemplados com respostas suficientes para ambos os critérios, poderiam sinalizar aos beneficiários que teriam apenas mais um ou dois encontros para encerrar a pesquisa.

As narrativas apresentadas neste artigo, portanto, apesar de escritas pelos pesquisadores, foram tecidas considerando as falas dos beneficiários enquanto narradores de sua própria história. Isto é, durante o acompanhamento dos seus itinerários terapêuticos, dialogou-se e perguntou-se sobre suas experiências nos hospitais psiquiátricos e, para além disso, sobre suas vidas após a saída. No decorrer da pesquisa, considerou-se a compreensão dos itinerários terapêuticos que dizem das experiências das pessoas e famílias – e aqui se pensam, de maneira ampliada, as suas redes sociais – em seus modos de significar e produzir cuidado “empreendendo trajetórias em diferentes redes que possam lhes dar sustentabilidade nessa experiência”¹³⁽¹⁸⁵⁾. Assim, enxergam-se, no itinerário terapêutico, as potencialidades que há nos encontros. Atenta-se para o que circula nas relações.

Nesse sentido, para guiar e dar corpo à discussão aqui proposta, destacam-se, de duas narrativas escritas no âmbito da pesquisa, alguns trechos que dão pistas sobre uma compreensão ampliada de autonomia.

Discussões sobre a autonomia a partir das narrativas

Entender os vários gradientes de autonomia, cujos limites estão constantemente tensionados, não havendo, como nos dizem Onocko e

Campos¹⁴, uma autonomia pronta e aplicável para todos, foi um exercício potencializado pelos encontros e pela interlocução com os beneficiários do PVC que foram acompanhados na pesquisa.

Na mesma direção, dada a importância dessa articulação para entender de forma ampliada a autonomia, ocupou-se também dos modos como a contratualidade está presente na vida dessas pessoas nas suas relações de intercâmbio social, de trocas sociais, com atenção à desconstrução (ou não) do dispositivo manicomial como o lugar da troca zero. Para além da estrutura física dos muros e grades, também se atentou aos manicômios mentais¹¹ que continuam invalidando a possibilidade de as pessoas romperem os estigmas e os preconceitos próprios de uma sociedade contratual burguesa, calcada na razão e no pretensioso desejo de controle e previsão dos acontecimentos¹⁵.

Ocupar as ruas como um leão que foge do seu domador, escolher que tipo de roupa é melhor usar dentro e fora dos muros de casa (RT), escolher a comida ou delimitar que apenas o próprio pai realize sua higiene pessoal. Quais dessas escolhas e/ou manifestações da vontade podem ser compreendidas, no esmiuçar do cotidiano, enquanto expressões de autonomia? Todas ou só aquelas que sinalizam processos dinâmicos em que saúde e autonomia implicam perdas ou aquisições gradativas¹⁵.

Kinoshita¹⁵⁽⁷¹⁾ alerta que, por um lado, a autonomia pode ser entendida como “a capacidade de gerar normas/ordens para si de acordo com as circunstâncias da vida”, concepção que leva a pensar na autonomia como autossuficiência ou independência para seu exercício.

A suposta capacidade do sujeito assenhorar-se de si e criar normas para sua própria vida parte de uma concepção iluminista/liberal de sujeito: este, dotado de razão e dispondo do máximo de informações possíveis, é o único capaz de deliberar sobre o próprio destino, livrando-se de intervenções ou coações externas, sejam elas provenientes das pessoas

do seu convívio, da comunidade em que se está inserido ou do próprio Estado.

É uma concepção individual de autonomia que, tendo na razão um de seus principais fundamentos, subsidiou a segregação e o controle daqueles cujas condutas eram tidas como desarrazoadas. É uma versão de autonomia que se adequa, em larga medida, aos ditames do neoliberalismo, cuja racionalidade, conforme a análise empreendida por Dardot e Laval¹⁶, tem como objetivo o fomento de subjetividades individualistas, hipercompetitivas, que tomam o outro como um adversário e têm a si mesmas como indivíduos-empresa, em um cenário em que a comunidade e a sociedade em que se está inserido não é mais que um pano de fundo para a ação racional e individual.

A partir disso, cabe inferir que é no elemento indivíduo-empresa que a racionalidade neoliberal se impõe com mais força na vida dos beneficiários acompanhados pela pesquisa. Muitas vezes, a gestão de SRT, bem como amplos setores da sociedade, consideram autônomos apenas aqueles que apresentam, de acordo com os critérios da gestão, maiores níveis de independência (ou seja: dependência apenas de si mesmos) e facilidade no trato com o dinheiro advindo dos benefícios aos quais têm acesso. Essa ‘facilidade’ é expressa naqueles que usam o seu capital em conformidade com o que a gestão espera.

Os beneficiários acompanhados não dispõem do valor integral do benefício, cuja posse está com a gestão sob a justificativa de, valendo-se do dinheiro, prover serviços de saúde que não estão disponíveis no SUS e outras atividades de lazer. Alguns deles recebem, semanalmente, uma parte do dinheiro para utilizar como julgarem adequado. É o caso de Roberto Carlos, considerado pela gestão como um dos beneficiários mais autônomos, que está entre os que recebem a ‘mesada’:

Do valor de R\$ 412,00 do auxílio- reabilitação do qual é beneficiário, devido ao cadastro no PVC, Roberto recebe um valor por semana, o qual repassa parte para a sua mãe. O restante

do benefício é gerido pela gestão do Programa e utilizado para necessidades extras que venham a surgir, como, por exemplo, a necessidade de realizar algum exame que não é disponibilizado pelo SUS ou, ainda, passeios, dentre outras atividades que possam surgir. (Narrativa Roberto Carlos).

Roberto Carlos, personagem em questão, é um dos beneficiários que são 'contemplados' com uma mesada semanal, por ser considerado um dos moradores mais autônomos dos SRT da cidade. Sua tranquilidade e maturidade – características sempre ressaltadas por quem lhe rodeia – seu jeito caseiro e sua relação com o dinheiro, marcada por um manuseio consciente, não são considerados problemáticos, o que gera o entendimento de que está apto a receber, em mãos, sua mesada – que não é a integralidade do que, por direito, deveria receber.

A narrativa de Roberto, conforme citado, permite perceber que, embora os valores recebidos sejam limitados – tanto em quantia, quanto em periodicidade –, o beneficiário viabiliza sua participação direta nos custos gerados a cada visita que faz à casa de sua mãe. Quando questionado sobre o valor que recebe, embora não compreenda prontamente do que se trata o PVC,

atina para o modo como utiliza seu dinheiro: 'levo lá pra minha mãe'. Ela gasta com ele. Compra seu cigarro, 'compra um pãozinho', faz café e ele toma quantas xícaras desejar. (Narrativa Roberto Carlos).

O beneficiário expõe com satisfação essa relação que é estabelecida com sua mãe. O vínculo é garantido não pelo dinheiro, mas pela relação de troca que é proposta pelo filho e acatada pela mãe. Observa-se que, à medida que as relações entre os pesquisadores e beneficiários se tornavam mais próximas, tornou-se mais fácil identificar sutis movimentos que diziam de uma vontade própria que, principalmente em suas residências, fazia-se respeitar, dando pistas sobre os vários gradientes de autonomia sobre os quais se trata no presente artigo.

Tais movimentos não se limitavam somente às suas residências. Ao contrário, quando tinham acesso à rua, ao parque ou, ainda, à feira – embora nem todos tivessem trânsito livre, algo que foi definido e sustentado pela gestão a partir da compreensão que coloca as pessoas no lugar de 'capacidade' ou da ausência dela – os beneficiários atravessavam algumas barreiras impostas pelas normas e consumiam, por exemplo, os alimentos que desejavam com o valor que tinham em mãos. A exemplo disso, pode-se mencionar um momento no qual uma das pessoas pesquisadoras estava tomando um café da tarde na companhia de alguns beneficiários, em uma das residências, e notou que um dos moradores estava lanchando algo diferente dos demais. Era um bolo que, de acordo com algumas regras de alimentação da RT, não deveria, segundo orientação médica, ser consumido por todos – inclusive pelo beneficiário que o portava. Contudo, ele havia chegado de uma caminhada após uma consulta médica e, segundo a cuidadora que o acompanhava, ainda na rua, parou em uma mercearia e, com o dinheiro que carregava consigo, adquiriu o lanche que desejava.

A produção de autonomia(s), a partir da singularidade de cada beneficiário, vai se mostrando em seu caráter de pluralidade. Alguns optam por dormir a qualquer hora do dia – o que os desloca dos horários padronizados típicos das instituições asilares¹⁷ – outros evidenciam quando não estão a fim de conversar ou participar de alguma atividade coletiva. Há ainda o beneficiário que tem uma namorada e lida bem com o fato de dizerem que ela se relacionou com outras pessoas. Outro prefere chás a remédios. Se, muitas vezes, não é permitido definirem o que comerão a cada refeição, há a possibilidade de negar, cada um ao seu modo, aquilo que não toleram. Há, pois, um movimento gradual que vai se fazendo aparente e que permite inferir que

Roberto [e outros companheiros] brinca numa gangorra de autonomia que ora lhe coloca no lugar de detentor de escolhas, ora no de pessoa que

recebe ajuda da pedagoga para apagar um erro comum cometido ao escrever. (Narrativa Roberto Carlos).

Há que se adotar, aqui, portanto, uma concepção de autonomia que verse sobre a vida em comum e suas possibilidades, entendendo que o humano se faz e refaz a partir do reconhecimento mútuo entre pares, construindo uma vida e galgando possibilidades que só são viáveis a partir da partilha e do convívio entre os seus, tendo o público – e não só o privado – como um campo importante de ampliação da liberdade.

Nesse sentido, na contramão do paradigma neoliberal, tem-se a autonomia como capacidade de estabelecer, em um plano comum de coexistência, relações de interdependência para a construção das escolhas e decisões de modo ético, isto é, decisões que podem ser apoiadas e cujos efeitos considerem sua existência na relação com os demais que o cercam. Retomando Kinoshita¹⁵, o fato de as relações das pessoas diagnosticadas com transtorno mental serem geralmente muito restritas é o que as tornam menos autônomas. Segundo o autor,

somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades para o estabelecimento de novas normas, novos ordenamentos para a vida¹⁵⁽⁵⁷⁾.

É com essa perspectiva que se tem dialogado. Não se toma esse conceito como o antônimo de dependência ou como liberdade absoluta, como já sinalizado, devido à sua aproximação à compreensão individualista/liberal. Ao contrário, entende-se autonomia como a capacidade do sujeito, em sua relação com o corpo social, de construir redes de dependências: de apoio, proteção, afetos¹⁴.

Sobre as redes de sociabilidade, tão importantes nessa interdependência necessária para a construção da autonomia que aqui se defende, destaca-se que, entre os beneficiários acompanhados, as redes de sociabilidade ainda

são restritas e circulam quase que exclusivamente em torno dos moradores das mesmas RT e nos outros serviços de saúde que frequentam ou, no caso do beneficiário que vive com a família, ao salão de cortar cabelo ou ao contato com um vizinho bem próximo. Obviamente, entre os companheiros de casa (RT em quase todos os casos) e com os familiares, há vínculos fortes, de cuidado e respeito, que se estendem aos cuidadores e cuidadoras das RT e às gestoras da saúde, mas não custa destacar que esses repertórios relacionais podem ser ainda mais ampliados.

Certo dia, conta com ar de riso, esteve no Parque da Criança com seus colegas e lá pôde chupar um picolé e 'tomar um pequeno' [um café]. Esse pequeno surgiu de um pedido que fez para uma senhora que estava ali por perto. (Narrativa Roberto Carlos).

É importante que se diga que a CDPD² inaugurou um novo paradigma para pensar a concepção de ser humano a partir das necessárias relações de interdependência com o mundo para o exercício da autonomia¹⁶. Autonomia esta que pode se dar com apoio de outra(s) pessoa(s) para que a pessoa com deficiência, que historicamente teve sua capacidade de decisão negada, venha a decidir sobre sua própria vida e realizar escolhas que respondam às suas necessidades.

A tomada de decisão apoiada é imprescindível para o exercício da capacidade legal prevista no art. 12 da Convenção, refletida no art. 85 da Lei Brasileira de Inclusão¹⁶, e permite a compreensão emancipatória de que pessoas com deficiência podem ter apoio para o exercício da sua capacidade sem que isso as diminua como pessoas, como cidadãs. Essa discussão abre um leque de possibilidades para pensar os gradientes de autonomia, como pode-se ver nos trechos da narrativa a seguir:

Trazendo a infância pré-manicomial vivida ao lado do pai, regada a canções e programas dos anos 1980, Leão comunica sua realidade. E é no auge

desse misto de sentimentos que Leão se impõe à existência: num rugido, que em palavras se tornam música, nosso ator proclama que 'Um leão está solto nas ruas, foi descuido do seu domador'. Cantou de modo inusitado e surpreendente uma música inteira! No dia do seu último aniversário, nasceu para quem estava ao seu lado, mas não o conhecia. Disse de sua existência e desnor-teou todos aqueles que nela não criam. Leão, que poucas palavras proferia, passou a existir como aquele que canta alegremente e que, por descuido do seu domador, está livre nas ruas. (Narrativa Leão).

O personagem da vida real, no momento narrado acima, na RT onde morava, mostrou que sabia cantar e cantou, para surpresa de tantas pessoas que o acompanhavam havia tanto tempo, mas não o conheciam, quem sabe por estarem bastante ocupados em exercer o 'cuidado protocolar', atentos ao risco de o 'atendimento' dar errado e o trabalhador ser responsabilizado e culpabilizado por algo que não deveria ter ocorrido¹⁸.

Sobre isso, Kinoshita¹⁵ faz lembrar que a precondição para qualquer relação de troca, seja de afetos, mensagens ou bens, é o valor que se atribui à pessoa no campo social. Esse valor corresponderia ao seu poder contratual. A pessoa entendida como 'doente mental' tem, muitas vezes, anulado seu poder de contrato: "os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados, tornando impossível qualquer possibilidade de troca"¹⁵⁽⁷⁰⁾.

No decorrer dos itinerários, a escuta é o reconhecimento de algo que possivelmente já estava presente no cotidiano, mas, de modo escamoteado, faz com que essas expressões não reconhecidas da autonomia sejam alçadas à posição de novidade. É preciso lembrar com Saraceno citado por Lussi et al.¹⁸ que alterações na experiência do usuário com o seu entorno proporcionam ganhos na sua experiência com o transtorno mental. Cantar e ter reconhecido seu canto, suas mensagens, seus modos singulares de expressão e afetividade são um ato, por parte do beneficiário, de demarcação de

sua existência que provoca na equipe de pesquisa, do serviço e mesmo entre seus próprios colegas de residência uma mudança no convívio e na forma como são concebidos aqueles que ocupam seu entorno.

Por outro lado, atentos aos atos sutis que dificultam a construção de diferentes graus de autonomia e que estão tantas vezes presentes no cotidiano das relações estabelecidas entre gestores/trabalhadores e as pessoas das quais cuidam, foi possível perceber que muitas vezes não se consegue ouvir o que 'dizem' – com ou sem palavras evidentes –, que frequentemente não foi possível investir em ações que estimulem a decisão/escuta sobre o que vestir ou comer, que tantas vezes os modos recorrentes de tratá-los como crianças compareceram às cenas observadas na pesquisa, ainda que esse 'cuidado' tenha acontecido com a justificativa de preservar a integridade do outro. Isto é visto no trecho que segue:

Evita pedir cotonete, porque o cuidador da casa às vezes nega, por ele pedir 'direto... direto'. Seus objetos de higiene pessoal ficam guardados com os dos demais companheiros em um guarda-roupa a que não tem acesso direto, por isso precisa pedi-los quando necessário. (Narrativa Roberto Carlos).

Em geral, identifica-se a necessidade de problematizar em que medida a concepção de autonomia da gestão e dos trabalhadores da saúde mental se alinha à concepção neoliberal discutida acima. Pode-se afirmar que essa concepção resgata o olhar historicamente incapacitante para as pessoas com transtorno mental? Fica a pergunta para reflexão. No entanto, afirma-se que a caduca redução da loucura à 'doença mental' implica, inevitavelmente, um comportamento tutelar que, para além de infantilizá-las, dificulta ou até mesmo inviabiliza a produção de singularidades.

Como produzir potências em cenários tão melindrosos? Como encontrar caminhos possíveis para lidar com esses tantos gradientes de autonomia sem ser domador, controlador, limitador de vida? Caminhou-se todo o tempo

da pesquisa e a cada escrita sobre ela com essas questões presentes em nos afetos dos pesquisadores.

Considerações finais

Discutiui-se sobre alguns gradientes de autonomia e exemplificou-se como as relações de interdependência comparecem no acompanhamento de itinerários de beneficiários do PVC e ajudam a romper com a lógica liberal de autonomia, tantas vezes utilizadas em momentos nos quais se precisou visibilizar que pessoas em sofrimento psíquico podem (e são) autônomas, em diferentes graus.

Destaca-se como a experiência da pesquisa ajudou nos processos de autonomia dos beneficiários com os quais se dialogou, considerando os tensionamentos, perguntas, olhares e discussões tidas no processo, seja no acompanhamento dos itinerários ou durante as reuniões do CAP, criado com o objetivo de ser um espaço de diálogo sobre o andamento da pesquisa, além de fomentar um olhar coletivo sobre o que estava sendo estudado¹⁹. Tal compreensão se deu pelo modo como se tomou o conceito de autonomia: não como antônimo de dependência, nem o sinônimo de liberdade absoluta, mas como a capacidade do sujeito de construir e lidar com sua rede de dependências¹⁴. Assim, as pessoas são mais autônomas na mesma proporção em que são mais dependentes, pois essa é condição de possibilidade para o estabelecimento de novos ordenamentos, de novas normas para fazer seguir a vida¹⁵.

Entendendo que uma coconstituição de autonomia depende do próprio sujeito, mas

também da coletividade, de condições externas ao sujeito, da existência de leis mais ou menos democráticas¹⁴, questiona-se: como pensar esse campo de saberes/fazerem na atual conjuntura política de desmonte da política de saúde mental antimanicomial e de extinção de tantos direitos sociais adquiridos ao longo de anos de luta?

Os encontros potentes proporcionados pela pesquisa deram pistas sobre caminhos possíveis para seguir transformando o lugar social das pessoas beneficiárias do PVC, sendo capazes de posicioná-las, inclusive diante de si mesmas, dos seus familiares e trabalhadores/gestores dos 'lugares de cuidado' que elas frequentam, nas redes nas quais se inserem.

Nesse sentido, mesmo reafirmando a importância dos avanços inquestionáveis desde a saída dessas pessoas do Hospital Psiquiátrico, no que tange à possibilidade de gerirem suas vidas, reafirma-se que muito pode ser feito, que tutelar não é cuidar e que, lembrando Basaglia, o melhor espaço de reabilitação é a cidade. A desinstitucionalização, em sua radicalidade, ainda carece de uma reorientação das instituições e serviços, saberes e fazerem, como ensina Rotteli⁸, para que, finalmente, seja possível dizer que se cuida em liberdade.

Colaboradores

Silva A (0000-0003-1022-326X)*, Aleixo A (0000-0003-3084-0855)*, Silva C (0000-0002-8749-3295)*, Duarte J (0000-0002-4201-6831)* e Moraes M (0000-0002-3622-6824)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
2. Brasil. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Versão Comentada [internet]. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 2008. [acesso em 2020 mar 1]. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/versao-comentada-da-convencao-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia-da-onu-tem-participacao-da-ampid/#prettyPhoto>.
3. Brasil. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 7 Jul 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS [internet]. Brasília, DF; 2015. [acesso em 2020 mar 1]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>.
5. Kilsztajn S, Lopes ES, Lima LZ, et al. Leitões hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2020 mar 1]; 24(10). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 Dez 2011. [acesso em 2021 fev 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
7. Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União. 1 Ago 2003.
8. Rotelli F. A instituição negada. In: Nicacio MF. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12. Informativo eletrônico [internet]. 2015 [acesso em 2020 mar 1]; 10(12):1-48. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
10. Brito FSL, Montenegro AT. Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011. 198 p. [acesso em 2020 mar 1]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7542>.
11. Lecerda F, Guzzo RSL. Consciencia, vida cotidiana y alienación: Una interpretación a partir de la psicología social y del marxismo. Teoría y crítica de la psicología [internet]. 2001 [acesso em 2020 ago 15]; (2):126-147. Disponível em: <http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/89>.
12. Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
13. Campos RTK, Campos GWS. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.
14. Onocko RT, Campos GW. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz; 2006.
15. Kínoshita RT. Autopoiese e Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2016. (Coleção Saúde Loucura).
16. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2018.

17. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 9. ed. São Paulo: Perspectiva; 2015.
18. Lussi IAO, Pereira MAO, Junior AP. A Proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno: Um modelo de auto-organização. Rev. Latino-am Enfermagem [internet]. 2006 [acesso em 2020 mar 1]; 14(3):446-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>.
19. Vaz BC, Lyra J, Cardoso AJC, et al. Produção compartilhada de conhecimentos em saúde mental: o Comitê de Acompanhamento de Pesquisa. Saúde soc [internet]. 2019 [acesso em 2020 mar 1]; 28(3):21-28. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sau-soc/2019.v28n3/21-28>.
20. Dhanda A. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Sur, Rev. int. direitos human [internet]. 2008 [acesso em 2020 fev 7]; 5(8):42-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a03.pdf>.

Recebido em 03/03/2020
Aprovado em 21/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia

Institutional violence and mental illness: narratives on people who left a Brazilian psychiatric hospital

Antonio José Costa Cardoso¹, Gabriela Andrade da Silva¹, Renê Luís Moura Antunes¹, Jaqueline Leu Santos¹, Daniela Viana da Silva¹, Samuel Martins de Jesus Branco¹, Enrique Araujo Besson²

DOI: 10.1590/0103-1104202012712

RESUMO Sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a presente pesquisa objetivou apresentar relatos de violência institucional em internações de longa duração em um manicômio a partir de itinerários de vida de pessoas em processo de desinstitucionalização. Foi realizada observação participante de nove beneficiários do Programa De Volta para Casa desospitalizados há 13 anos em município de grande porte da Bahia. Os diários de campo, assim como transcrições de entrevistas semiestruturadas com três profissionais de saúde, foram transformados em nove narrativas, que, analisadas qualitativamente, permitiram identificar violências sofridas no período anterior à admissão no hospital e da internação. As razões de internação diferiram por gênero: homens foram internados por crimes contra a pessoa; mulheres, por ‘quebra de resguardo’, frustrações amorosas e violência física e sexual. Durante a internação, emergiram o cotidiano administrado e a exposição à violência institucional (ausência de atividades socioterapêuticas, medicação em doses punitivas com efeito sedativo, negligência à saúde física, agressão física, confinamento, ‘injeção’ e ‘choque elétrico’, preconceito, estigma), em que os sujeitos tiveram neutralizadas suas possibilidades de reação à dominação. Os resultados proporcionaram reflexão sobre a violência do Estado, crucial no atual contexto de desconstrução da Política Nacional de Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVE Exposição à violência. Violência. Desinstitucionalização. Política pública. Hospitais psiquiátricos.

ABSTRACT *Under the perspective of the Psychiatric Reform, the aim of this article is .to present reports of institutional violence in long-term psychiatric hospitalizations, based on the life itineraries of people in the process of deinstitutionalization in a large municipality in the state of Bahia, Brazil. We carried out participating observation including nine beneficiaries of the ‘De Volta para Casa’ (‘Back Home’) Program, who left the hospital thirteen years ago; and three semi-structured interviews with workers who assisted them. The researchers’ field diaries and the interviews transcripts were transformed into narratives, which were analyzed qualitatively, in order to identify violence suffered before admission or during hospitalization. Reasons for hospitalization differed by gender: men were hospitalized for crimes against people; women, for ‘breaking seclusion’, love frustrations, physical and sexual violence. Contents about the administered daily life, and exposure to institutional violence (absence of socio-therapeutic activities, medication in punitive doses with sedative effect, neglect concerning physical health, physical aggression, confinement, ‘injection’, ‘electric shock’, prejudice, stigma), emerged from the reports about the hospitalization period, showing that the subjects had their possibilities of reacting against domination neutralized. The results provided reflection on State violence, crucial in the current context of deconstruction of the Brazilian Mental Health Policy.*

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) – Itabuna (BA), Brasil. antoniojccardoso@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Exposure to violence. Violence. Deinstitutionalization. Public policy. Hospitals, psychiatric.*



Introdução

O presente trabalho apresenta um recorte dos resultados de uma pesquisa realizada com pessoas em processo de desinstitucionalização psiquiátrica que recebem o benefício do Programa De Volta para Casa (PVC) desde a sua implantação, em 2004^{1,2}. Embora tal pesquisa tenha objetivado avaliar o PVC, as observações participantes e as entrevistas em profundidade realizadas durante o projeto trouxeram conteúdos profusos, que abarcam outras questões valiosas no âmbito da saúde mental; entre elas, os itinerários de vida dos participantes, que relataram histórias marcadas por diversos tipos de violências. Mesmo que a opressão de pessoas consideradas ‘loucas’ não seja uma novidade, dada a ampla literatura e discussões políticas a esse respeito³⁻⁵, o assunto permanece relevante, uma vez que ainda não há consenso quanto à imperativa necessidade de encerrarem-se as instituições asilares que alegadamente prestam assistência à saúde mental.

Por exemplo, um marcante retrocesso na política de saúde mental foi a publicação da Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, na contramão do movimento de Reforma Psiquiátrica e mostrando a força política dos grupos conservadores. Essa portaria previu o hospital psiquiátrico especializado como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), permitindo internações consideradas de curta permanência, com até 90 dias, e de longa permanência, com mais de 90 dias⁶. Assim, considera-se fundamental ampliar as evidências que apoiem a discussão sobre a violência institucional característica de instituições asilares. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é apresentar relatos de violência institucional sofridos em internações de longa duração em um manicômio do estado da Bahia, a partir dos itinerários de vida de pessoas que estão em processo de desinstitucionalização e recebem o auxílio-reabilitação psicossocial do PVC.

O artigo está organizado em quatro seções além desta breve Introdução e das Considerações

finais: Referencial teórico, que apresenta breve histórico e alguns marcos de referência da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), os mesmos deste estudo; Material e métodos, que apresenta a metodologia da pesquisa multiterritorial e multimétodos realizada em 11 cidades que sofreram intervenção do Ministério da Saúde em 2004, incluídos 2 municípios de grande porte do estado da Bahia, um dos quais foi a base para o presente artigo; e Resultados e discussão, organizada segundo o conceito de “carreira moral do doente mental”, usado por Goffman⁷ para se referir à trajetória percorrida por uma pessoa que se torna interna de algum hospital psiquiátrico, com foco em duas fases: o período anterior à admissão no hospital, que ele denomina “fase de pré-paciente”, e o período da internação no hospital, “fase de interno”.

Referencial teórico

A relação entre instituições de assistência psiquiátrica e violência é tão antiga quanto a própria psiquiatria. Desde a criação, em Paris, da primeira instituição de natureza especificamente psiquiátrica por Pinel, existe questionamento quanto à violência impetrada pelo confinamento do louco³.

No Brasil, embora a fundação do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, possa ser tomada como marco institucional da assistência psiquiátrica a palavra de ordem ‘aos loucos, o hospício!’, lançada pela recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia em 1830, sugere “a precedência da criação de instituições destinadas especificamente para abrigar loucos sobre o nascimento da psiquiatria”⁸.

Durante o Segundo Reinado (1840-1889), foram criadas instituições que se denominavam ‘exclusivas para alienados’ em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886), mas somente no início do século XX os médicos conseguiram desmontar as administrações leigas e as ordens religiosas que prestavam serviços nas Santas Casas³.

Oda e Dalgarrondo⁴ destacam que há claras indicações da existência de pressão para o confinamento do louco, garantindo que ele não ficasse perambulando pela rua à vista dos passantes, e da existência de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e legitimidade de sua reclusão em hospícios³.

Com o advento da República, “os hospícios e as colônias agrícolas, destinadas aos loucos curáveis, [...] foram surgindo e se multiplicando pelos principais centros urbanos do país como ícones de sua modernização”⁵, mas o tratamento psiquiátrico continuou a ter como principal fundamento o isolamento do louco.

As décadas de 1940 e 1950 se caracterizaram pela expansão de hospitais psiquiátricos públicos propiciada pela aprovação do Decreto-Lei nº 8.555/1946. Naquela época, foram introduzidos o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoterapia e a eletroconvulsoterapia^{3,9}.

No bojo da construção dos direitos humanos como valor, o asilo passou a ser problematizado em vários países. No Brasil, ao contrário, observou-se uma expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados a partir do golpe militar de 1964³. Foram os governos militares que consolidaram a privatização da assistência psiquiátrica com a contratação de leitos em hospitais privados (‘indústria da loucura’), que saltou de 14 mil para 30 mil entre 1965 e 1970¹⁰.

As internações passaram a ser feitas não apenas em hospitais públicos, que permaneceram reservados ao ‘doente mental indigente’, mas em instituições privadas, para os trabalhadores e seus dependentes³. E como o sistema de saúde mental e a mentalidade vigentes se organizaram em torno da internação prolongada e, na psiquiatria, ao contrário de outras especialidades médicas, os critérios diagnósticos e para prescrição do tratamento e internação nem sempre são claros ou indiscutíveis, o recurso a medidas de violação de direitos humanos para manter a obediência tornou-se a regra. Em verdade, usando o termo do glossário construído por Almeida-Filho¹¹, a loucura, para além de uma ‘doença’ (que pressupõe alterações morfofisiológicas e/ou

funcionais), havia se tornado uma ‘enfermidade’, entendida em seu sentido etimológico que remete a encerrar, aprisionar (em francês: *fermer*, fechar), o que se relaciona com as primeiras medidas de controle de doenças infectocontagiosas por meio do isolamento.

Hospitais psiquiátricos seguem, até a atualidade, como instituições de enclausuramento destinadas às pessoas “consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional”⁷⁽¹⁷⁾. São “instituições totais” nos termos propostos por Goffman⁷:

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada⁷⁽¹¹⁾.

Nos manicômios, o confinamento, os métodos disciplinares coercitivos, o uso excessivo de medicação e outros recursos de violação de direitos humanos para manter a obediência implicam a anulação das possibilidades de reação do interno¹². No Brasil, a violência associada ao cuidado em hospitais psiquiátricos e judiciários – agressão, estupro, trabalho escravo, maus-tratos, tortura e mortes não esclarecidas – só seria denunciada a partir da segunda metade da década de 1970 no processo de ‘abertura democrática’^{3,9,10}.

Em 1990, a Declaração de Caracas¹³ definiu princípios para a Reforma Psiquiátrica nas Américas: respeito à dignidade e aos direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais; reconhecimento da Atenção Primária à Saúde como espaço privilegiado para a garantia da atenção integral; revisão do papel do hospital psiquiátrico e valorização de serviços de base comunitária; e práticas assistenciais promotoras da autonomia e permanência da pessoa portadora de transtornos mentais em seu meio.

Inspirada em diversas experiências de superação do asilo que ocorreram no continente europeu e nos Estados Unidos da América no pós-guerra e fundada na crítica ao saber

psiquiátrico e ao modelo de cuidados centrado no hospital, a Política Nacional de Saúde Mental pretendeu avançar na direção proposta pela Declaração de Caracas. Uma das influências presentes é o trabalho de Franco Basaglia, que liderou o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana e influenciou a RPB.

Aprovada em 2001, a Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica)¹⁴ definiu a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de recursos assistenciais extra-hospitalares e regulamentou os direitos da pessoa com transtornos mentais seguindo a tendência dos direitos de terceira e quarta geração.

A Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como conjunto de iniciativas políticas, sociais e culturais, administrativas e jurídicas que busca transformar a instituição e o saber médico-psiquiátrico, mas também as práticas sociais, abrangendo não só o campo assistencial como também o conceitual, cultural e político, em que vêm sendo operadas várias transformações. O objetivo é possibilitar a construção de novas formas de convivência e transformar as tradicionais concepções de periculosidade, erro e desvio associadas à loucura. Além disso, a Reforma Psiquiátrica promove uma reestruturação das instituições ao possibilitar uma nova forma de pensar a loucura e ao promover serviços abertos de base comunitária¹⁵.

Entre 2000 e 2015, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas foi impulsionado pela expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que passaram a receber uma linha específica de financiamento e se tornaram estratégicos para a organização da Porta de Entrada e regulação da rede; pela criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), casas inseridas na comunidade para egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia que não possuam alternativas de inserção social; e do PVC, que assegurou o pagamento mensal de um auxílio-reabilitação a essas pessoas.

Um marco na implantação da rede

substitutiva aos hospitais psiquiátricos no Sistema Único de Saúde (SUS) foi a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Raps para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas¹⁶. Tal norma previu serviços articulados nos três níveis de atenção à saúde, além de novos serviços, tendo sido seguida por portarias que garantiram que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos seria acompanhada de maiores investimentos na rede substitutiva.

No entanto, essa direção foi revista, em 2017, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 3588, que previu o Hospital Psiquiátrico Especializado como dispositivo da Raps, possibilitando internações de curta e longa permanência⁶. Conforme explica a Nota Técnica nº 11/2019, o Ministério da Saúde deixou de incentivar o fechamento dessas instituições, passando a estimular a qualificação da assistência. Portanto, paradoxalmente, afirma-se que o “processo de desinstitucionalização deva avançar, no entanto sem que seja excluído em relação à qualificação dos Hospitais Psiquiátricos remanescentes para oferta de vagas para internação a pacientes com quadros clínicos agudizados”¹⁷⁽²⁴⁾; mas, na prática, as internações longas ou mesmo perpétuas passaram a ser readmitidas no SUS.

Material e métodos

Com o objetivo de avaliar o impacto do PVC na desinstitucionalização e reintegração social dos beneficiários, foi realizada pesquisa multiteritorial e multimétodos em 11 cidades que sofreram intervenção do Ministério da Saúde em 2004, entre as quais 2 municípios de grande porte do estado da Bahia¹. Na presente pesquisa, fez-se um recorte, apresentando dados baseados em um desses municípios.

Selecionaram-se os dez beneficiários mais antigos do PVC residentes no município. Destes, apenas um se recusou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). A pesquisa contou, então, com a participação de nove beneficiários, todos egressos da mesma instituição psiquiátrica. Também participaram três pessoas que faziam parte da gestão do PVC e da equipe de assistência aos beneficiários.

O trabalho de campo foi realizado entre 11 de setembro e 23 de outubro de 2017. Foi implantado um Comitê de Acompanhamento de Pesquisa (CAP)¹⁸ com a participação de gestores, profissionais de saúde, cuidadores, usuários e pesquisadores, cujas reuniões foram gravadas e transcritas. O CAP se reuniu duas vezes, uma ao início e outra ao final do campo, para devolutiva.

Dois pesquisadores foram responsáveis por realizar 13 visitas para observação participante nos 5 SRT em que os participantes moravam. As observações participantes foram norteadas por linha-guia produzida conjuntamente por pesquisadores da equipe nacional de pesquisa, procurando articular as atividades de campo com o marco teórico da investigação. Nas visitas, procurou-se construir um vínculo com os participantes, que permitiu uma convivência profícua, com compartilhamento de acontecimentos de vida cotidiana e, muitas vezes, do convite para conhecer e participar de suas vidas: almoçar na residência, dançar, ver fotos antigas, conhecer os dormitórios e os pertences, por exemplo. Dessas vivências, foi possível apreender o cotidiano presente, bem como adentrar em relatos que retomaram os acontecimentos do passado e as aspirações e desejos para o futuro. Considerou-se que a gravação dessas atividades poderia intimidar os participantes e reduzir a espontaneidade nos encontros; por isso, as visitas para fins de entrevistas e observação participante foram registradas em diários de campo após as percorridas.

As atividades de campo também envolveram entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com duas gestoras da Secretaria Municipal de Saúde e com o gestor de um dos Caps do município, que era referência para parte dos SRT em que moravam beneficiários do PVC participantes desta pesquisa. Essas entrevistas buscaram esclarecer aspectos do histórico

de implantação do PVC, da gestão atual dos recursos e do acompanhamento e cuidado aos beneficiários do PVC.

Os diários de campo e as transcrições de entrevistas e reuniões do CAP subsidiaram a construção de nove narrativas, uma por participante. A metodologia de construção das narrativas foi detalhada em artigo publicado pela equipe nacional¹⁹. Em síntese, versões iniciais foram elaboradas pelas equipes locais de pesquisa, buscando contemplar quatro dimensões definidas a priori: trajetória de vida; autonomia *versus* opressão; o que o dinheiro do PVC faz poder; acesso à saúde, acesso à vida. Posteriormente, os textos foram trocados entre os pesquisadores de diferentes campos e debatidos, buscando-se registros mais ricos e levantamento das diversas possibilidades de contar as histórias dos beneficiários.

Neste artigo, as narrativas foram analisadas visando descrever a ‘carreira moral de doente mental’ (usando o termo empregado por Goffman) e compreender a violência a que foram submetidos os ex-internos. Embora cada entrevista se refira a um sujeito singular, elementos recorrentes foram agrupados, buscando compreender as vivências dos ex-internos, com foco nas formas de violência a que estiveram expostos.

A pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília pelo CAAE 57627316.4.0000.8027 e aprovada sob o Parecer 1.699.082. Foram adotados procedimentos para o consentimento livre e esclarecido dos participantes; e, para evitar a sua identificação, o presente artigo apresenta nomes fictícios e omite dados pessoais.

Resultados e discussão

Esta seção está organizada segundo o conceito de “carreira moral do doente mental”, usado por Goffman⁷ para se referir à trajetória percorrida por uma pessoa que se torna interna de algum hospital psiquiátrico, com foco na sequência de mudanças que a internação provoca em sua

identidade. O perfil dessas pessoas pode variar quanto ao tipo e gravidade da enfermidade mental, mas, uma vez iniciados nessa carreira, enfrentarão circunstâncias semelhantes que não decorrerão de sua enfermidade.

Todos os participantes da pesquisa recebiam o auxílio-reabilitação do PVC e, embora não tenha sido planejado no delineamento desta pesquisa, todos residiam em SRT na época da coleta de dados. Dos nove ex-internos entrevistados, seis são mulheres (Camila, Márcia, Gilmara, Dora, Margarida e Valentina) e três são homens (José, Antonio e Manoel), com idade variando de 46 a 76 anos.

Segundo Goffman⁷, a “carreira moral do doente mental” se estrutura em três fases: o período anterior à admissão no hospital, que ele denomina “fase de pré-paciente”; o período

da internação no hospital, “fase de interno”; e o período que sucede a alta no hospital, quando ocorreria a “fase de ex-interno”. Este artigo refere-se às duas primeiras.

Vivências da fase de pré-paciente: violência doméstica e nas ruas

As análises das narrativas da fase de ‘pré-paciente’ (*quadro 1*) mostraram importantes diferenças por gênero. Entre homens, associando (Antonio) ou não (Manoel) o abuso de álcool à enfermidade mental, o crime contra a pessoa foi o principal motivo da internação, mas houve também o relato de José, que sofreu a tragédia de uma desestruturação familiar: oriundo de uma família que “*possuía bens*”, seu pai “*perdeu tudo com amantes*”.

Quadro 1. Síntese das narrativas relatando histórico de vida na fase pré-paciente

Participante	Síntese da narrativa
Antonio	Antonio “ <i>bebia desde a infância</i> ”, foi internado por alcoolismo em um hospital na capital do estado, onde foi abandonado por seus pais ainda criança. Nunca compreendeu o motivo de sua internação em um segundo hospital psiquiátrico, ocorrida exatamente quando acabara de conseguir um emprego como vigia de um polo petroquímico. Segundo funcionária do Caps, “ <i>depois que cometeu um crime, a família considerou que ele estava louco e o internou</i> ”.
Manoel	Tendo chegado no município “ <i>de caminhão</i> ”, Manoel não sabe sua procedência, seu local de nascimento, quem o trouxe ou quantos anos tinha na época. Sabe que tem família, mas perdeu o contato com todos. Recorda-se de sua irmã, de plantar abóbora e melancia em um roçado e de um rio com muitos peixes, onde costumava pescar de anzol. Não lembra a razão de ter ido morar no hospital psiquiátrico, mas, segundo a cuidadora, o motivo foi o estupro da irmã, com quem teria tido um filho. Por isso, a família o internou no hospital e “ <i>não quis mais nem ouvir falar dele</i> ”.
José	José pouco falou sobre seu percurso antes de ingressar no manicômio. Segundo sua cuidadora, ele sofreu a tragédia de uma desestruturação familiar: oriundo de uma família que “ <i>possuía bens</i> ”, seu pai “ <i>perdeu tudo com amantes</i> ”.
Dora	Natural de outra cidade baiana, Dora foi levada pelo seu irmão mais velho para morar com sua madrinha no município onde agora se encontra, tendo estudado até o terceiro ano do magistério. Interrompeu os estudos antes de começar a dar aulas, mas trabalhou em estabelecimentos comerciais como vendedora. Dora teve um filho, que, segundo ela, tem 26 anos e cujo pai seria um funcionário de uma conhecida empresa da área de energia. Conta que, quando veio morar no município atual, nunca imaginou ir para o manicômio, mas confidenciou-nos, em tom de sussurro, que foi para o hospital por conta de um estupro. Disse que foram marginais, que isso aconteceu na rua. De acordo com a cuidadora, o estupro foi cometido na cidade de origem de Dora, por dois ou três homens que bateram nela e a ameaçaram com um revólver. Seu filho seria fruto desse estupro.
Margarida	Segundo Margarida, seus pais tiveram três filhos antes dela: um menino, falecido de “ <i>doença do umbigo</i> ”, e duas meninas, uma das quais é moradora de outra Residência Terapêutica. Margarida foi criada na roça, sua mãe faleceu quando ela tinha um ano. Após a morte do pai, por “ <i>beber cachaça</i> ” e por “ <i>feiticeira de uma filha de santo</i> ”, ficou morando na estrada, numa “ <i>casinha de sapé</i> ” à “ <i>beira de uma mata virgem</i> ”, onde ajudava a tomar conta de uma roça de café. Frequentou por pouco tempo duas escolas, mas não aprendeu a ler. Morava com uma tia materna quando se mudou para uma cidade grande “ <i>para cuidar de uma menina</i> ”. Certo dia, resolveu fugir. Deixou a chave na “ <i>casa do bispo</i> ” e saiu caminhando. Foi encontrada pela polícia, que a levou de volta. Tornou a fugir. Dessa vez, a encontraram “ <i>caminhando sem rumo</i> ” e a levaram para o manicômio. Após três meses, voltou para a roça, onde engravidou. Durante a gravidez, ela se queixou à sogra que estava sentindo dores, mas a sogra respondia que “ <i>mulher grávida é assim mesmo</i> ”. Então, resolveu ir embora. Caminhou sem rumo até outra cidade, onde sua filha nasceu. Nesse período, um rapaz “ <i>se aproveitou</i> ” dela, resultando em “ <i>peito estourado</i> ”, o que a obrigou a dar a menina. Tempos depois, tentou reaver a bebê, mas o casal para quem entregou sua filha lhe fez a “ <i>injúria</i> ” de dizer que ela nunca havia deixado criança alguma aos seus cuidados. Segundo Margarida, o motivo da sua reinternação foi porque “ <i>saía caminhando à toa</i> ”.

Quadro 1. (cont.)

Participante	Síntese da narrativa
Valentina	Natural de um município pequeno, Valentina trabalhou em casa de família, lavava pratos e limpava a casa. Teve um filho, Ivan, fruto de relacionamento com um “policia l bonito ”. Ela acredita que tenha enlouquecido por causa do parto, por “resguardo quebrado”, mas Ivan é “do tempo em que ela era sã”, de acordo com a cuidadora. Lembra que chegou no manicômio “em 1994” porque estava “aprontando” em sua cidade de origem, ficou doente e a prenderam em uma “cela”. O “delegado assinou no prontuário” e os funcionários do hospital a encaminharam para o manicômio.
Márcia	Nascida em família humilde, Márcia morava com sua mãe e nove irmãos em uma cidade grande. Não estudou – “minha mãe não me colocou na escola” – e não sabe ler nem escrever, mas sempre foi uma mulher ativa, trabalhou em casas de família lavando roupa e fazendo de tudo, “com exceção do almoço”. Vendia produtos de limpeza na rua com sua mãe, mas o dinheiro, sua mãe “pegava e gastava”. Depois de algum tempo, ela e seus irmãos foram expulsos de casa. Márcia engravidou de um homem ciumento que a espancava muito, inclusive com pontapés na barriga, o que provocou um abortamento. Em outro relacionamento, engravidou de Lucas, que nasceu em um município próximo a Salvador. Após o nascimento de Lucas, ela foi expulsa de casa com o seu filho nos braços. Passou a morar nas ruas e, devido ao frio e às chuvas, a criança “pegou pneumonia”. O juiz “tomou” Lucas, que ficou sob os cuidados de uma freira. Márcia voltou às ruas, “subindo e descendo com a manta nos braços, com os seios vazando leite, caminhando e chorando”. Ela acredita que teve “resguardo quebrado”. Não lembra a idade que tinha quando isso aconteceu porque ficou esquecida desde então.
Gilmara	Natural do município onde se deu a internação, Gil possui familiares próximos. De acordo com a cuidadora, foram “problemas de casamento” que a levaram à loucura e à consequente internação no manicômio. Segundo Luciana, a cuidadora, Gil se recusou a se casar com Marcus, pretendente apoiado por sua avó; em vez disso, envolveu-se com outro rapaz, Miguel, do qual engravidou e teve um filho. Miguel queria se casar com Gil, mas ela não aceitou, porque gostava de Rubens, que não quis ficar com ela.
Camila	Natural do município onde se deu a internação, Camila se mudou, ainda criança, para uma cidade a 360 Km de lá, quando foi adotada por uma família conhecida por sua influência política nesse segundo município. Sua mãe adotiva tinha dois filhos biológicos. Camila gostava de onde morava e recorda-se do endereço de sua casa, de ruas e avenidas importantes, de um rio que percorre grande parte da cidade, do trajeto para chegar na igreja católica aonde ia. Camila cursou magistério, tendo trabalhado como professora primária em um colégio estadual durante dois anos. Religiosa, frequentava igrejas, mas também festas de forró e praias, pois sua família possuía uma casa em município litorâneo. Aos 17 anos, o seu curso de vida foi alterado pelo falecimento dos seus pais adotivos, quando seus irmãos a internaram no hospital psiquiátrico, alegando “doença mental”. Depois da internação, Camila foi interdita, sem direito a herança, e seus irmãos nunca mais foram vê-la.

Fonte: Elaboração própria.

Para as mulheres, violência sexual (Dora e Margarida), “resguardo quebrado” (Valentina e Márcia) e “frustrações amorosas” (Gilmara) aparecem como eventos disruptivos associados às internações, configurando um padrão completamente diferente daquele observado entre os homens. No caso de Dora, Margarida e Márcia, o gatilho para a loucura se relaciona com um episódio de violência física e sexual. Márcia, por exemplo, relatou várias experiências de violência: o homem que a raptou para um local escuro e tentou enforcá-la; o ex-namorado que lhe chutou a barriga até causar um aborto; o outro que lhe ameaçou quebrar os braços e as pernas. Hoje, diz que não quer saber de homens, ao menos não para namorar.

Consideradas mães “loucas”, Márcia, Valentina, Dora e Margarida foram, além disso, desligadas de maneira traumática de

seus filhos e internadas no hospital psiquiátrico. A trajetória de Márcia envolveu abandono da família (mãe), violência física e sexual em decorrência de relações de gênero desiguais, violações de direitos trabalhistas (deveria ter estabilidade no emprego após o nascimento do filho), privação do direito aos vínculos familiares (perda da guarda do filho) e violação de seus direitos reprodutivos, ao submetê-la contra a sua vontade a uma cirurgia de esterilização que lhe tirou a possibilidade de vivenciar a maternidade e que ocorreu por meio da união de forças do poder judiciário (Juiz), da igreja católica (freira que providenciou a adoção de seu filho) e da medicina (médica que fez sua laqueadura sem consentimento).

Márcia não se esqueceu dessas violências. As feridas ainda sangram. O tempo não empregado na criação ou convívio com seu filho

parece ser uma perda irrecuperável. Resta-lhe, atualmente, vivenciar a função materna de forma simbólica, ao cuidar de suas filhas bonecas, ou nem tanto, ao cuidar de Pedro, outro morador do SRT. Se pessoas desconhecidas adotaram seu filho Lucas, ela adotou Pedro, que “*é assim*” porque a família “*judiou*” e “*abandonou*”. Supõe-se que, ao cuidar do amigo, ela também cuida de si mesma por transferência, encontrando alívio para suas próprias dores.

Márcia disse várias vezes que não é louca, mas que adoeceu por conta do “*resguardo quebrado*”. Isso despertou curiosidade para saber que significados essa expressão assume: a quebra de resguardo seria referente às proibições do puerpério imediato, como atividade sexual? Teriam Márcia e Valentina sofrido de psicose pós-parto? É importante lembrar que, na Bahia, o termo “*quebrar o resguardo*” também costuma ser aplicado ao descumprimento de obrigações rituais de religiões de matriz afro-brasileira.

O relato de Camila destoou das demais participantes. Adotada por uma família rica, foi internada pelos irmãos após o falecimento dos pais adotivos. Em verdade, o motivo de sua internação não teria sido um transtorno mental, mas um jogo de interesses financeiros decorrentes de herança. Esse relato reafirma o papel do manicômio enquanto instituição de controle, cuja finalidade terapêutica encobre outros interesses^{7,20}.

Ainda em dias atuais, as interdições civis permanecem articulando o sistema de justiça com o imaginário social da periculosidade e incapacidade do louco. Essa forma mitigada e invisível de dominação e violência sobre o sujeito, que lança mão de um dispositivo legal destinado à proteção do incapaz, isto é, sua curatela, tornou-se um procedimento repetido pelas varas de família, apoiadas em pareceres do campo da saúde mental²¹.

O perfil dos ex-internos é semelhante ao perfil dos usuários dos serviços públicos de saúde mental geral²²⁻²⁴. Grande parte dos participantes são pessoas que, além do sofrimento

mental, sofreram com violências de vários tipos: baixa renda ou pobreza – que envolve falta de moradia ou moradia precária, baixa escolaridade, emprego precário ou desemprego –, abandono familiar e abuso de álcool, preconceito, estigma etc. Nesse sentido, os problemas sociais parecem até mais evidentes do que a enfermidade mental.

As narrativas de Margarida, que “*saía caminhando à toa*”; de Valentina, que estava “*aprontando*” em sua cidade; e de Márcia, que voltou às ruas, “*subindo e descendo com a manta nos braços, com os seios vazando leite, caminhando e chorando*”, exemplificam bem o caso das pessoas com enfermidade mental que, vivendo nas ruas, dormindo ao relento, eram recolhidas por policiais que as levavam para os hospitais psiquiátricos²⁵, reafirmando o papel do manicômio como local de controle e depósito de personagens indesejados pela sociedade²⁰.

Vivências da fase de interno: violência interpares e institucional

O hospital psiquiátrico é o local em que mais se expressa a violência sobre as pessoas com enfermidades mentais. Seja no momento da internação compulsória ou involuntária, seja pelas características asilares dessas instituições, seja ainda pela ausência de poder de contratualidade, de direitos humanos e cidadania das pessoas consideradas loucas, o ‘interno’ é alguém que perde a autonomia, perde a voz²⁶.

A vida em hospitais psiquiátricos e em manicômios consiste em um transcorrer restrito a um espaço geográfico limitado, na companhia de um aglomerado de pessoas que, excluídas do convívio familiar, do trabalho e do local em que moram, são submetidas a uma terapêutica de massa e conduzidas a realizar atividades em horários preestabelecidos, atendendo-se a rotinas institucionais²⁷.

O hospital de onde egressaram os participantes desta pesquisa foi criado na década de 1960, recebendo internos de outros hospitais, pretensamente com a missão de promover ‘atividades socioterapêuticas’, tendo chegado

a ter 900 internos na década de 2000. Uma cuidadora, que conheceu o hospital à época, conta que “aquilo não era digno para nenhum ser humano viver. Era deprimente”. Os internos sofriam violência física, “andavam presos igual a bicho, recebendo comida por debaixo da porta” e “havia boatos de que mulheres eram estupradas por vigilantes”.

Embora incluído no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, o fechamento do hospital não foi efetivado, mas passou-se a trabalhar para a redução progressiva dos leitos, e Projetos Terapêuticos Individuais foram elaborados no intuito de iniciar a desospitalização. Apesar do investimento na desinstitucionalização, o hospital ainda está em funcionamento e contava com cerca de 80 pacientes crônicos quando encerrou-se a fase de campo desta pesquisa, os quais, alegadamente, ainda não puderam ser desospitalizados em função do grau de incapacidade e dependência da instituição. O trabalho de desinstitucionalização continua.

Os nove participantes desta pesquisa relataram suas vivências desse período de institucionalização, aqui organizadas em três blocos: primeiro, o registro descritivo dos elementos que definiam suas vidas como formalmente administradas; depois, as duras memórias da violência institucional; e, por fim, a construção dos laços de amizade e relacionamentos românticos, bem como a participação nas atividades festivas promovidas pela instituição, que definiram como “a parte boa da vida no hospital”.

Quanto aos elementos que definiam suas vidas administradas, as narrativas (quadro 2) destacaram a falta de autonomia na condução de suas vidas, a obrigatoriedade do uso de farda (“homens com uniformes azuis e mulheres com uniformes cor de rosa”), a realização de refeições, banho e outras atividades rotineiras em horários preestabelecidos, a impossibilidade de escolher companheiros ou companheiras de quarto e o sistema de vigilância (controle do acesso por meio de portões, portarias e guardas).

Quadro 2. Síntese das narrativas relatando o cotidiano controlado durante a fase de interno

Participante	Síntese da narrativa
José	José não sabe dizer quanto tempo ficou internado, mas afirma que foram “muitos anos”.
Manoel	Manoel não saber dizer ao certo por quanto tempo ficou internado no manicômio, mas diz que foi por “muito tempo”. Homens e mulheres moravam separados em espaços conhecidos como módulos. Em um total de quatro, eram divididos em dois ou três quartos. Manoel vivia no Módulo I. Somente nas refeições, realizadas em espaço comum, pessoas de ambos os gêneros se encontravam. Relatou que vivia medicado e dormia grande parte do tempo.
Antonio	Tendo chegado ao manicômio em 1982, Antonio “deitava e rolava”, “esculhambava”, saía, passava a noite fora e, quando voltava, dizia que estava na rua passeando. Antonio “era orientado”, comprava e vendia coisas, fazia de tudo: “tinha uma roça, era carroceiro, tinha três carroças, tinha até uma plantação de maracujá”. Ele acordava às cinco da manhã para colher os maracujás antes que o “pessoal do [nome do bairro]” roubasse, mas bebia, fumava e namorava muito. Segundo ele, sua vida era de bar em bar, onde gastava o dinheiro.
Camila	Embora não se lembre de tudo da época da internação, recorda-se que o hospital era dividido por módulos e que cada módulo tinha de dois a três quartos. Nos módulos 1 e 2, moravam os homens (com uniformes azuis); e, nos módulos 3 e 4, as mulheres (com uniformes cor de rosa). Camila morou no módulo 3. Embora morassem em módulos separados, o almoço para homens e mulheres era servido no mesmo refeitório. A rotina limitava-se a levantar para comer, tomar banho e tomar remédios que a faziam dormir muito, o que levou a uma perda da noção do tempo durante o período que viveu no hospital. Recorda-se que havia muita gente, alguns mais “deficientes” do que outros, muitos acamados, e que outros tantos morreram.
Márcia	Descreveu os “vestidos de pacientes” (fardas usadas pelas internas) como feios, ressaltando que não se considerava “doída” para usar aquela roupa. Não havia nada bom, somente “doídos”. Márcia recorda que ela não dormia nem se alimentava direito, tendo emagrecido “a ponto de precisar tomar soro”.
Dora	Conta que o hospital tinha uma área muito grande e que ela ajudava a lavar o refeitório e as mesas. Comentou que eles usavam fardas, sendo a das mulheres um vestido rosa. Ela dividia o quarto com três companheiras.

Quadro 2. (cont.)

Participante	Síntese da narrativa
Margarida	Conta que morava “ <i>uma multidão de gente</i> ” e que todos vestiam fardas da cor azul ou rosa. A cor rosa era para “ <i>as pacientes</i> ”, e ela usava um “ <i>vestidinho</i> ”. Recorda que ficou “ <i>muito tempo</i> ”.
Valentina	Valentina nos contou que não faziam nada, ficavam na cantina, só faziam comer e dormir, mas que a comida era boa. O problema, entretanto, é que ela ficava presa e “ <i>separada de Yuri</i> ” (companheiro amoroso, com quem morou depois da desinternação), pois a área dos homens era separada da área das mulheres. Foi no manicômio que conheceu Yuri e onde conviveram por dez anos. Valentina usava o cabelo curto e “ <i>farda</i> ” – não gostava da farda. Mas gostava do hospital, porque namorava e conversava com “ <i>os pacientes</i> ”. Contou sobre outros namorados que teve.

A desassistência se manifestava na ausência de atividades socioterapêuticas e na supermedicalização (tratamento padronizado e doses punitivas, com efeito sedativo). Camila contou que não sabe quanto tempo ficou internada, porque “*lá eu tomava remédio, dormia, só acordava mesmo para tomar banho, pra tomar café, pra almoçar e tomar remédio. Aí eu dormia muito, então eu não sei*”.

Observou-se também a falta de cuidados com a saúde física dos usuários, como se pôde perceber em falas de gestores e profissionais da Raps. Em reunião do CAP, relataram casos de pessoas que chegaram ao SRT com problemas de saúde física crônicos. Por exemplo, uma usuária com prolapso uterino, relatado por uma profissional da Raps: “*por que essa pessoa estava no [nome do hospital] há tantos anos com esse problema e veio para a residência terapêutica assim? E nunca operou?*”.

Essa negligência no cuidado à saúde é reveladora de um senso comum permissivo ao desrespeito à dignidade das pessoas que sofrem de transtornos mentais. Ademais, embora não tenha sido relatado pelos próprios usuários, as cuidadoras das Residências Terapêuticas (RT) e profissionais de saúde da Raps confidenciaram que, ao egressar do hospital, alguns ex-internos ainda mantinham comportamentos adquiridos durante o período de institucionalização, como ficar sem roupas, defecar ou urinar em público e fora do vaso sanitário, traduzindo a desassistência a que estiveram submetidos.

Em geral, tais comportamentos eram

relatados pelas cuidadoras, segundo as quais, na primeira RT em que morou,

Antonio ajudava a orientar os demais residentes a tomar banho, dava o café a eles, fazia cuscut para todos e limpava o chão da residência quando um residente defecava.

Camila, quando chegou à RT, ficava “*nua enrolada no lençol*”; Dora “*pegava a comida e colocava no lixo, e só depois é que ela ia comer. Não vestia calcinhas, pois ela as jogava fora e vivia nua dentro de casa*”.

Quanto às memórias de alguma violência intencional praticada pela equipe dirigente, conforme quadro 3, os ex-internos relacionaram o recurso à agressão física, ao confinamento, à “*injeção*” e ao “*choque elétrico*” como estratégias de punição utilizadas quando “*as pessoas [estavam] mais agitadas e agressivas*”. Mesmo que esses relatos se refiram às internações anteriores, em outros hospitais psiquiátricos, sinalizam o padrão a que eram submetidos.

Lá [no manicômio] ela ficava presa, mas nunca apanhou, nem levou choque. As pessoas que davam choque eram as do [...] [nome de outro hospital psiquiátrico].

Antonio, referindo-se aos tempos em que morou nesse outro hospital, disse: “*quase tomei [eletrochoque] uma vez porque brigava com os outros por causa de ponta de cigarro, mas consegui correr*”.

Quadro 3. Síntese das narrativas relatando memórias de violência institucional na fase de interno

Participante	Síntese da narrativa
Camila	Para as pessoas mais agitadas e agressivas, havia uma “solitária”; e, em casos mais extremos, as enfermeiras administravam uma “injeção”.
Márcia	Passou por cirurgia de esterilização sem consentimento. Conta que as enfermeiras deixavam os internos sem o café da manhã quando eles se atrasavam por estarem, supostamente, “namorando nas celas”.
Dora	Dora tomava muitos medicamentos, mas só davam choque elétrico em quem não se comportava bem.
Margarida	Sobre a sua vida no manicômio, Margarida nos conta que, como sabiam que ela trabalhava como doméstica, a colocavam para trabalhar na cozinha pela manhã e à tarde, onde lavava pratos, fazia faxina, areava panelas.
Valentina	Sua cama era de cimento, “parecendo sarjeta”, e o colchão, fino. Tinha muita muriçoca. Nunca apanhou nem levou choque.
Manoel	Relatou ter feito amigos de quem gosta muito, mas “foi um período em que judiaram muito de mim”; não apanhava, mas vivia medicado e dormia grande parte do tempo.
Antonio	De acordo com Antonio, foi no hospital que ele sofreu o acidente que lhe deixou no corpo duas protuberâncias, bastante visíveis, na cabeça e nas costas. Nesse acidente, ele teve a cabeça aberta e uma perfuração no olho direito. Passou por um procedimento que durou mais de duas horas, e a única coisa que pediu ao médico foi para não perder a visão. Não ficou cego.

Relataram também formas mais sutis de violência: “as enfermeiras deixavam os internos sem o café da manhã quando eles se atrasavam, diziam que por estarem namorando nas celas” e “colocavam para trabalhar na cozinha pela manhã e à tarde, onde lavava pratos, fazia faxina, areava panelas” quem eles “sabiam que [...] [a interna] trabalhava como doméstica”, por exemplo.

Também houve a queixa de Valentina de que a “cama era de cimento, parecendo sarjeta, e o colchão, fino”; e foi narrado um episódio de grave acidente ocorrido com Antonio, com sequelas permanentes.

Nesse acidente, ele teve a cabeça aberta e uma perfuração no olho direito. Tendo chegado ao pronto-socorro às treze horas, somente foi atendido às duas horas da manhã. Coberto de sangue, como ninguém lhe atendia, Antonio quebrou tudo. Passou por um procedimento no olho que durou mais de duas horas e a única coisa que pediu ao médico foi para não perder a visão. Não ficou cego.

A violência também se manifestava na perda do direito de preservar relações interpessoais. Os ex-internos se ressentem dos vínculos rompidos com a família, colegas de trabalho

e amigos (pois as visitas eram inexistentes ou raras). No caso de filhos menores de idade, nascidos anteriormente ou durante a internação, tudo indica a perda do poder familiar, com encaminhamento das crianças para adoção – muitas vezes, pelos próprios funcionários do hospital – e completa separação. Alguns usuários nunca mais tiveram contato com os filhos e manifestam o desejo de reencontrá-los, mas apenas em raros casos obteve-se sucesso nessas reaproximações, mesmo quando os filhos foram localizados.

Todas as vezes em que houve visita a Márcia, foram frequentes seus pedidos para que seu filho, que ficou aos cuidados de uma freira, fosse encontrado. Ela disse que “reza todas as noites pedindo para reencontrar o filho e imagina que já tenha nora e netos”. Antonio tem nove filhos, quatro nascidos durante sua internação no hospital psiquiátrico, mas

os médicos tomaram e não deixaram que ele tivesse qualquer contato. Um deles foi adotado por um certo Dr. Joaquim, esse já está grande, mas também não tem contato com ele. Ele não lembra os nomes das mães, porém sabe que uma delas mora em uma RT.

O filho de Gilmara mora com sua família e ela já foi visitá-lo, levando presentes, mas o rapaz, com 16 anos, não quis se aproximar da mãe. Valentina também não tem mais contato com o filho que teve antes da internação.

Talvez para compensar, foram relatadas experiências positivas vivenciadas durante a internação (*quadro 4*), sobretudo em datas comemorativas – São João, Natal, Micareta –, mas também o futebol e a horta. Essas atividades podem ajudar o indivíduo a suportar a tensão psicológica usualmente criada pelos ataques ao eu e, juntamente com os laços de amizade e relacionamentos românticos, foram

apontadas como a parte boa da vida no hospital. Por meio do processo de confraternização, o grupo dos internos se uniu, desenvolveu apoio mútuo e cumplicidade²⁸.

No entanto, são justamente as referências constantes que os participantes fizeram a essas comemorações que reafirmam o caráter do hospital enquanto instituição total, que pode ser vista como uma espécie de mar morto, em que aparecem pequenas ilhas de atividades vivas e atraentes. É precisamente na insuficiência de tais atividades que se pode encontrar um importante efeito de privação das instituições totais⁷.

Quadro 4. Síntese das narrativas relatando memórias de experiências consideradas positivas (“a parte boa”) na fase de interno

Participante	Síntese da narrativa
Camila	Camila recorda-se que fez muitos amigos por lá. Durante sua internação, participou de um bloco de carnaval do próprio hospital, que saía pelas ruas na micareta da cidade. Contou das festas de São João e de Natal.
Márcia	Dos relacionamentos amorosos que teve no hospital, Márcia destacou Gabriel, que “era bonito”, e Daniel, que “era aposentado” e lhe presenteava – embora tenha dito que ele ameaçou quebrar seus braços e pernas e, por isso, terminou o relacionamento.
Dora	Participava das festas como o Mabelão e do bloco de carnaval. Chora porque, segundo ela, a família não a quer e, embora diga que gosta de morar na RT, pede para voltar para o hospital.
Margarida	Margarida gostava do manicômio e tinha amigos lá, inclusive funcionários. Conta que todos a tratavam bem e que havia um homem que comprava as bonecas que ela fazia. Era “um monte de boneca feita com panos de retalhos”.
Valentina	Valentina nos contou que gostava do manicômio porque namorava e conversava com “os pacientes”. Contou sobre outros namorados que teve. Todo ano tinha Natal e São João. Gostava do São João, pois dançava forró e quadrilha. Havia filmagens e ensaio. Na micareta, saía no bloco de carnaval, que tinha abadá e fantasia.
José	No manicômio, conheceu Maria, por ele descrita como uma “mulher bonita”, que namorou; conheceu também Ana, com quem viveu “amasiado”, e Antonio, com quem mora atualmente. José foi “amasiado” com Ana por um longo período no manicômio e permaneceram juntos na RT até o seu falecimento.
Manoel	Relatou ter feito amigos de quem gosta muito, mas “foi um período em que judiaram muito de mim”; não apanhava, mas vivia medicado e dormia grande parte do tempo.
Antonio	Durante o período no Colônia, Antonio “deitava e rolava”, “esculhambava”, saía, passava a noite fora e, quando voltava, dizia que estava na rua passeando. Durante as micaretas, saía à noite e só voltava no dia seguinte. Sua vida era de bar em bar, onde gastava o dinheiro. Antonio parou de beber aos 51 anos, quando frequentou o Alcoólicos Anônimos por um ano.

Considerações finais

A violência associada à produção do sofrimento psíquico em contextos institucionais em que os sujeitos tiveram neutralizadas suas possibilidades de reação à dominação, como é o caso do confinamento em hospitais

psiquiátricos e de custódia (manicômios judiciários), traz à reflexão a violência do Estado. Esta reflexão é uma contribuição dos autores à luta em defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no atual contexto de desconstrução da Política Nacional de Saúde Mental.

Segundo Adorno,

a visibilidade da violência na sociedade contemporânea destaca-se a partir de duas esferas de construção de significados: a violência do Estado, violência política, e a violência privada ou no âmbito da família²⁴⁽⁴⁾.

A primeira, inclusive aquela associada ao confinamento em hospitais psiquiátricos, remete à construção dos direitos humanos como valor; a segunda “desponta a partir dos movimentos sociais, sobretudo o movimento feminista”²⁹⁽⁴⁾.

As narrativas foram analisadas visando descrever a ‘carreira moral de doente mental’ e compreender a violência a que foram submetidos os ex-internos, utilizando-se conceitos e marcos teóricos de referência coerentes das obras de Foucault, Goffman, Basaglia. As memórias dos sujeitos emergiram como lembranças de aspectos objetivos e subjetivos, muitas vezes incoerentes e conflitantes, mas que possibilitaram a análise da violência no período anterior à admissão e no período da internação.

Na fase de pré-paciente, o crime contra a pessoa, associando ou não o abuso de álcool à enfermidade mental, foi o principal motivo da internação entre os homens; no caso das mulheres, violência sexual, ‘resguardo quebrado’ e ‘frustrações amorosas’ aparecem como eventos disruptivos associados às internações, configurando um padrão diferente, mas os problemas sociais (baixa renda ou pobreza, que envolve falta de moradia ou moradia precária, baixa escolaridade, emprego precário ou desemprego, abandono familiar e abuso de álcool) parecem mais evidentes do que a enfermidade mental.

Na fase de interno, a análise das narrativas permitiu recuperar o cotidiano administrado (falta de autonomia na condução de suas vidas, obrigatoriedade do uso de farda, realização de atividades rotineiras em horários preestabelecidos, impossibilidade de escolher companheiros ou companheiras de quarto, sistema de vigilância e vínculos rompidos com a família, colegas de trabalho e amigos) e mapear as formas de violência institucional a que estiveram expostos

(ausência de atividades socioterapêuticas, tratamento padronizado e doses punitivas com efeito sedativo, mas também negligência no cuidado à saúde física dos usuários, agressão física, confinamento, ‘injeção’ e ‘choque elétrico’, além de preconceito, estigma).

Tais resultados revelam um senso comum permissivo ao desrespeito à dignidade das pessoas que sofrem de transtornos mentais e a banalização da violência em contextos institucionais em que os sujeitos tiveram neutralizadas suas possibilidades de reação à dominação. No contexto político brasileiro contemporâneo, são constatações que merecem ser trazidas à reflexão, na medida em que se observa o gradativo retorno da lógica manicomial, conforme as novas orientações da Política Nacional de Saúde Mental^{5,17}.

Colaboradores

Cardoso AJC (0000-0002-6085-3502)* e Silva GA (0000-0002-4188-0935)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: 1) coordenação local da pesquisa; 2) concepção e o planejamento do artigo; 2) elaboração do primeiro manuscrito do artigo; 3) análise e interpretação dos dados; 4) revisão crítica do conteúdo e versão final do manuscrito. Antunes RLM (0000-0002-8106-1352)* e Santos JL (0000-0001-5527-6715)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: 1) análise e interpretação dos dados; 2) revisão crítica do conteúdo. Silva DV (0000-0002-1693-1374)* e Branco SMJ (0000-0003-3486-3560)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: 1) coleta de dados na pesquisa de campo; 2) análise e interpretação dos dados; 3) revisão crítica do conteúdo. Bessoni EA (0000-0003-0521-1627)* contribuiu para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: 1) coordenação nacional da pesquisa; 2) análise e interpretação dos dados; 3) revisão crítica do conteúdo e versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Guerrero AVP, Bessoni EA, Cardoso AJC, et al. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. *Saúde soc.* 2019; 28(3):11-20.
- Bessoni E, Capistrano A, Silva G, et al. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? *Saude soc.* 2019; 28(3):40-53.
- Fonte EMM. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos Soc.* 2013; 1(18SI).
- Oda AMGR, Dalgarrondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2005; 12(3):983-1010.
- Passos ICF. Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvm Editora; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. 22 Dez 2017. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/2017&jornal=515&pagina=236&totalArquivos=416>.
- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974. [acesso em 2021 fev 10]. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>.
- Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis S, Costa N, organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 15-73.
- Pacheco JG. Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá; 2009.
- Tenório FA. Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002; 9(1):25-59.
- Almeida-Filho NM. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- Foucault M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M, organizadores. *Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-49.
- Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas. Caracas: OPAS; 1990.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* [internet]. 9 Abr 2001. [acesso em 2019 ago 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Salles MM, Barros S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde debate*. 2013; 37(97):324-335.
- Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [internet]. 26 Dez 2011. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/12/2011&jornal=1&pagina=230&totalArquivos=320>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019 [internet]. [acesso em 2021 jan 10].

- Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
18. Vaz BC, Lyra J, Cardoso AJC, et al. Produção compartilhada de conhecimentos em saúde mental: o comitê de acompanhamento de pesquisa. *Saúde soc.* 2019; 28(3):21-28.
 19. Koosah J, Moreira MIB, Braga-Campos FC. Construindo histórias em tessitura lenta: desinstitucionalização e narrativas em pesquisa. *Saúde e Soc.* 2019; 28(3):29-39.
 20. Foucault, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva; 1978.
 21. Delgado PGG. Violência e saúde mental: os termos do debate. *O Social em Questão.* 2012; 15(28):187-198.
 22. Barros S, Bichaff R, organizadores. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo* [internet]. São Paulo: FUNDAP; Secretaria da Saúde; 2008. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf.
 23. Oliveira EN, Silva MWP, Eloia SC, et al. Caracterização da clientela atendida em Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* 2013; 14(4):748-756.
 24. Trevisan ER, Castro SdS. Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas: perfil dos usuários. *Saúde de debate.* 2019; 43(121):450-463.
 25. Sadigursky D, Tavares JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev. latinoam. Enfermagem.* 1998; 6(2):23-27.
 26. Amarante P, Ribeiro ND, Constantino P. Pessoas institucionalizadas e violência. In: *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 223-245.
 27. Bastos LC, Aguiar MGG. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade. *RBSP.* 2011; 35(2):432-445.
 28. Benelli SJ. O internato escolar como instituição total: violência e subjetividade. *Psicol. estud.* [internet]. 2002 [acesso em 2021 jan 10]; 7(2):19-29. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722002000200004&script=sci_abstract&lng=pt.
 29. Adorno RF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [internet]. 2008 [acesso em 2021 jan 10]; 4(1). Disponível em: http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002.

Recebido em 30/03/2020

Aprovado em 19/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de apoio à Fiocruz (Fiotec) e

Programa de Iniciação à Pesquisa, Criação e Inovação (PIPICI) da

Universidade Federal do Sul da Bahia

O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos

Living in psychosocial rehabilitation: analysis between Two Residential Therapeutic Services

Júlia Souza Acebal¹, Guilherme Correa Barbosa¹, Thiago da Silva Domingos², Sílvia Cristina Mangini Bocchi¹, Aline Tieme Uemura Paiva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012713

RESUMO Buscou-se analisar a interlocução das condições e das necessidades de moradia dos usuários em sofrimento psíquico grave dos Serviços Residenciais Terapêuticos em relação à inserção social e à autonomia. Pesquisa transversal realizada com 74 moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de um município do interior do estado de São Paulo. Foi aplicado Instrumento para Estudos das Condições de Moradias de Portadores de Transtorno Mental Grave. O tratamento dos dados ocorreu por meio do programa Statistical Package Social Sciences, utilizando medidas descritivas e análise estatística com o teste qui-quadrado, considerando Intervalo de Confiança de 95% e p-valor < 0,05. Entre os participantes, predominaram: sexo feminino, cor branca, não alfabetizado, sem parceiros e sem vínculo empregatício, morando mais que dois anos no serviço residencial e, em média, há 38 anos em tratamento psiquiátrico. Identificaram-se diferenças entre os serviços residenciais em relação à inserção social e à autonomia dos usuários e se discute a influência da localização geográfica desses serviços. A centralidade das residências terapêuticas à rede de saúde implica a promoção de inserção, autonomia e satisfação dos usuários em sofrimento psíquico grave. Assim, a fragilidade do habitar compromete a efetivação da reabilitação psicossocial compreendida no tripé: trabalho, rede social e moradia.

PALAVRAS-CHAVE Desinstitucionalização. Saúde mental. Serviços de saúde mental. Pesquisa sobre serviços de saúde. Habitação.

ABSTRACT *The objective of this study was to analyze the relation of housing conditions and needs of users with severe mental disorders at therapeutic residential services regarding social inclusion and autonomy. A cross-sectional study was conducted with 74 residents of residential therapeutic services in a city in the countryside of São Paulo. The Instrument for the Study of the Housing Conditions of People with Severe Mental Disorder was applied. Data were processed using the Statistical Package Social Sciences program through descriptive measures and statistical analysis with the chi-square test. A Confidence Interval of 95% and p-value < 0.05 were considered. There was a predominance of the variables female gender, white, illiterate, without partners and without employment relationship, with users who had been residing for more than two years in the residential service and who were, on average, 38 years under psychiatric treatment. Differences between residential services in relation to social inclusion and autonomy of users were identified and the influence of the geographic location of these services is discussed. The centrality of therapeutic residences within the health network implies the promotion of insertion, autonomy, and satisfaction of residents. Thus, the fragility of housing compromises the effectiveness of psychosocial rehabilitation comprised in the triad work, social network and housing.*

¹Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) - Botucatu (SP), Brasil.
ju.acebal@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Deinstitutionalization. Health mental. Mental health services. Health services research. Housing.*



Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem provocado uma transformação no modelo de cuidado em saúde mental. As repercussões desse processo são inúmeras e se distribuem em um *continuum* cuja cadência é característica de movimentos sócio-históricos e culturais: entre avanços e retrocessos¹. A abordagem proposta nesta pesquisa se refere aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que constituem dispositivos de cuidado inseridos como equipamento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e que representam uma implicação central no processo de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes².

Desse modo, os SRT foram oficializados no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 106, de 2000, publicada pelo Ministério da Saúde. Nesse documento, propõe-se que os SRT sejam casas inseridas, preferencialmente, no espaço urbano para receber até oito egressos de internações prolongadas e oriundos de instituições manicomial, contando com suporte clínico e psicossocial³. Posteriormente, ocorreu a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial com o Programa De Volta pra Casa (PVC) sob a Lei nº 10.708, de 2003, regulamentada pela Portaria nº 2.077, de 2003, destinada para pacientes moradores de SRT e pessoas acometidas por transtornos mentais graves institucionalizadas por um período mínimo de dois anos ininterruptamente⁴.

Em consideração às necessidades de saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes no contexto da desinstitucionalização, são propostas duas modalidades de SRT. O tipo I é destinado a pessoas com internação de longa permanência sem vínculos familiares e sociais. Deve acolher de quatro a oito moradores, que são vinculados a um serviço/equipe de saúde mental de referência para o suporte técnico-especializado necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores acontece em consonância com

os respectivos projetos terapêuticos singulares, sob a lógica da criação de um espaço para construção de autonomia, levando à retomada da vida cotidiana e reinserção social. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outras). Pode-se contar com um cuidador de referência, cuja incorporação deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência, e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e o nível de autonomia dos moradores⁵.

O tipo II entre os SRT consiste em uma modalidade destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, necessitando de cuidados intensivos e específicos que demandam ações diretas com apoio técnico diário e pessoal permanente; entre esses, cuidadores de referência e equipe de enfermagem. Acolhe no mínimo quatro e no máximo dez moradores. O encaminhamento destes deve ser previsto a partir do projeto terapêutico singular, elaborado por ocasião do processo de desospitalização, com foco na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária, autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com inserção desses domiciliados na rede social existente. O ambiente doméstico deve considerar adequações e adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores⁵.

A moradia atua como um condicionante social e para a saúde mental, especificamente, torna-se decisiva para inserção, integração e manutenção do usuário com transtorno mental grave no meio social, conformando, com o trabalho e a rede social, o tripé da reabilitação psicossocial^{6,7}.

Nos espaços dos SRT, há a necessidade de o cuidado ser construído em um cotidiano assistido, pois a institucionalização nos serviços

manicomiais provocou a fragmentação dos valores, da autonomia e dos laços familiares. Ressalta-se a importância de uma nova perspectiva de vida, fundamentada no resgate do protagonismo de um sujeito com sua história vivida no território. Em síntese, a dimensão do assistir está centrada na intermediação entre o cuidado e a autonomia, no sentido de ser capaz de reconhecer a fragilidade do sujeito na sua inserção e no resgate de sua atuação nas ações cotidianas intrínsecas ao morar⁸.

Mesmo diante da irrefutabilidade dos avanços provenientes da implantação dos SRT e de outros serviços guiados pela lógica territorial e comunitária para o processo de reordenação da assistência em saúde mental no Brasil, algumas fragilidades são identificadas no processo de trabalho desses serviços e constituem desafios para o trabalho e o cuidado nos espaços das SRT. Dentre estes, destacam-se: o distanciamento das equipes de referências em saúde mental e cuidado centrado na clínica biomédica, repercutindo na ausência de projetos terapêuticos singulares para os moradores; o escopo muito diversificado de atividades dos cuidadores, privilegiando ações concretas e cotidianas em detrimento de ações que objetivem a reabilitação psicossocial e a aquisição de autonomia; e a prática de vigilância e de controle, dificultando a construção de um espaço para o exercício da privacidade⁹.

Além da problemática explicitada, o município abordado nesta investigação encontra-se em processo de ampliação das unidades que constituem o SRT, bem como possui dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps) destinados para demanda de pessoas acometidas por transtornos mentais graves e persistentes cuja procura vem extrapolando a oferta de cuidado possível para os serviços. Vale ressaltar que a gestão desses serviços se dá entre as esferas municipal e estadual, configurando uma organização peculiar deles e conferindo uma particularidade que os diferencia e que se reflete no cotidiano do cuidado.

Pelo exposto, apresenta-se como pergunta de pesquisa: 'De que modo as condições e as

necessidades de moradia identificadas pelos usuários em sofrimento psíquico grave dos SRT estão relacionadas com a inserção social e com a autonomia?'. Diante desse questionamento, objetivou-se analisar a interlocução das condições e das necessidades de moradia dos usuários em sofrimento psíquico grave dos SRT em relação à inserção social e à autonomia.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal do tipo descritiva e analítica. Sua execução propõe verificar determinada exposição (condições e necessidades ao residir em SRT) em dois grupos de participantes similares e seus respectivos desfechos (inserção social e autonomia) em um único momento¹⁰.

A coleta de dados foi realizada em um município do interior do estado de São Paulo/Brasil. No que se refere à Raps, conta com 20 Unidades Básicas de Saúde, uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, dois Hospitais Gerais, sendo que um deles possui uma unidade de internação psiquiátrica com seis leitos, e um Serviço Referência em Álcool e Outras Drogas que funciona em caráter de internação. O Centro de Atenção Integral à Saúde oferece uma unidade de internação psiquiátrica com leitos para pessoas com transtornos mentais agudos, um Caps tipo II, um Caps Álcool e Drogas, uma Oficina Terapêutica e um STR. Além disso, a gestão municipal possui também um STR e um Caps tipo I. Como estratégia de reabilitação psicossocial, cita-se a 'Arte Convívio', que é um equipamento de economia solidária que funciona na lógica de cooperativa.

Incluíram-se todos os seis SRT do município e seus respectivos moradores. Sob gestão da esfera estadual, havia três residências terapêuticas, sendo duas do tipo I e uma do tipo II, nas quais residiam 33 moradores; inseridas em um complexo assistencial distante da área urbana, aproximadamente, sete quilômetros do centro comercial. Assim,

sem nenhum tipo de comércio e serviços que pudesse ser frequentado pelos moradores, situação que levava ao estreitamento do convívio social encerrado aos trabalhadores, aos familiares e aos demais moradores. O apoio técnico especializado era oferecido pelo Caps II, que integrava o referido complexo assistencial, e por uma Unidade Saúde da Família, administrada pela gestão municipal.

Outras três moradias, classificadas como tipo I, estavam sob responsabilidade da administração municipal e possuíam 41 moradores. Sua inserção geográfica estava distribuída entre bairros da área urbana, possibilitando maior integração social ao cotidiano de pessoas que não possuem transtorno mental grave, próximas do comércio e de locais públicos, permitindo a circulação dos referidos moradores. O apoio técnico especializado, por sua vez, era oferecido pelo Caps I e pela Unidade Básica de Saúde, ambos administrados pela gestão municipal.

No estudo, são comparados os desfechos autonomia e inserção social em função da localização geográfica das residências terapêuticas, que varia do completo isolamento social, identificadas pela sigla SRT1, à inserção em bairros comuns do município, por sua vez, denominadas pela sigla SRT2.

A amostra foi constituída da totalidade dos 74 usuários atendidos pelos respectivos serviços, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: 1) ser munícipe da cidade de estudo; 2) residir em alguma moradia do SRT; e 3) demonstrar interesse em participar da pesquisa. Não foram elencados critérios de exclusão. Quando identificada presença de *deficit* cognitivo severo do participante que comprometia responder ao instrumento de coleta de dados, foi solicitado auxílio do cuidador do integrante para responder aos instrumentos de coleta de dados. Parte das informações foi acessada por meio dos prontuários dos participantes que foram

consultados nos respectivos Caps que os atendiam.

Para coleta de dados, aplicou-se o 'Instrumento para Estudos das Condições de Moradias de Portadores de Transtorno Mental Grave'. Trata-se de um questionário elaborado para a investigação de dois aspectos centrais do conceito de moradia para o sujeito em sofrimento psíquico grave no contexto da desinstitucionalização, que são aspectos da vida material e social. É constituído de 71 itens distribuídos em 6 blocos: 1) Identificação; 2) Aspectos do quadro clínico; 3) Socioeconômico; 4) Características do imóvel; 5) Inserção social e Autonomia; e 6) Habitação e Satisfação¹¹.

Os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for Social Sciences, versão 13.0, envolvendo a estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência) e analítica, com o teste qui-quadrado, considerando intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, recebendo o parecer favorável em 7 de junho de 2018, sob o nº 2.699.279. Foi adotado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado para o responsável legal pelo participante, bem como o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para o participante da pesquisa.

Resultados

No que se refere às características sociodemográficas, observou-se que a média etária foi de 65,5 anos (34-88 anos). Houve predominância para o sexo feminino, cor branca, sem alfabetização, solteiros, desempregados e com tempo de moradia no SRT maior que dois anos. A *tabela 1* detalha as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Botucatu/SP, Brasil, 2019. (n=74)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	35	47,3%
Feminino	39	52,7%
Cor		
Branca	42	56,8%
Preta	17	23,0%
Amarela	12	16,2%
Parda	3	4,1%
Escolaridade		
Alfabetizado	23	31,1%
Não alfabetizado	51	68,9%
Situação conjugal		
Solteiro	72	97,3%
Viúvo	1	1,4%
Divorciado	1	1,4%
Situação profissional		
Desempregado	68	91,9%
Aposentado	2	2,7%
Assalariado sem registro na carteira	4	5,4%
Tempo que reside no SRT		
Maior ou igual a 24 meses	64	86,5%
Entre 12 e 24 meses	8	10,8%
Menor que 6 meses	2	2,7%

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos aspectos financeiros, identificou-se que 81,1% (n=60) recebiam algum tipo de benefício do governo, sendo eles o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o PVC. Verificou-se que a totalidade dos participantes tinha uma parcela do valor recebido destinada para manter a moradia e seus gastos domiciliares, o acesso ao restante do valor era intermediado e controlado, dificultando ao usuário ter autonomia para administrar o seu recurso financeiro. A respeito da quantidade de moradores por casa, observou-se uma média de 7 usuários, variando de 1 a 10, gerando para o grupo uma renda média de R\$ 713,90 (R\$ 240,80 a R\$ 1.020,80). Por fim, uma parcela

expressiva, 67,6% (n=50), afirmou receber doações ou ajuda de terceiros.

Para descrever o perfil clínico, utilizou-se o diagnóstico médico baseado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Houve maior frequência para o grupamento F20-F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, registrado para 54,05% (n=40) dos participantes. O segundo grupamento mais prevalente correspondeu a F70-F79 – Retardo mental, para 32,43% (n=24) dos participantes. Em seguida, o grupamento F10-F19 – Transtornos devidos ao uso de substância psicoativa, com 4,1% dos participantes

(n=3). Com a mesma frequência, o diagnóstico de outros transtornos mentais especificados devido a uma lesão ou disfunção cerebral e a uma doença física (F06.8). Dois participantes (2,7%) diagnosticados com transtorno de personalidade histriônica (F60.4). Um participante com transtorno afetivo bipolar (F31.2) e outro com transtorno mental orgânico (F09).

O tempo de tratamento psiquiátrico teve média de 38 anos, variando de 1 a 64 anos – nesse período, os participantes relataram quantidade de internações variando de 1 a 16 vezes, com média em 2 internações. A totalidade referiu ter sido internada em hospital psiquiátrico; 20,3% (n=15), em Caps III; e 1,4% (n=1), internação em clínica particular. Em contrapartida, 94,6% (n=70) negaram internação em hospital geral. Não houve ocorrências de internação em comunidade terapêutica. Todos os usuários referiram tratamento com psicofármacos e acompanhamento por profissional ou uma equipe no Caps. Destes, 95,9% (n=71) relataram a percepção de poder contar com auxílio de um profissional ou equipe do Caps.

A noção da gravidade do problema de saúde mental foi relatada por 86,5% dos participantes

(n=64). A maioria dos usuários (79,7%, n=59) afirmou que seu problema de saúde mental influencia muito negativamente nas atividades do cotidiano. Uma parcela menor apontou pouca (9,5%, n=7), muito pouca (6,8%, n=5) ou nenhuma influência (4,1%, n=3). Entre as atividades mais influenciadas, a relação com familiares foi mais frequentemente mencionada e relatada por 86,5% (n=64) dos participantes, seguida da moradia (75,7%, n=56), relacionamento com outras pessoas (71,6%, n=53), lazer (62,2%, n=46), e, por fim, trabalho e estudos (23%, n=17). A relação com namorado(a) foi mencionada por uma minoria, 6,8% (n=5) dos participantes.

A *tabela 2* apresenta a comparação entre os participantes dos dois SRT no que se refere às atividades que perceberam ser influenciadas pela gravidade do transtorno mental. Não houve diferença estatística nas variáveis relacionamento familiar ($p=0,712$) e conjugal ($p=0,651$). Observa-se que os participantes do SRT1 perceberam maior influência nos aspectos do lazer, moradia e relacionamentos com outras pessoas, enquanto os participantes do SRT2 apontaram o trabalho e os estudos, diferenças estas com significância estatística.

Tabela 2. Análise estatística das atividades influenciadas pelo transtorno mental grave. Botucatu (SP), Brasil. 2019. (n=74)

Variáveis	SRT 1 (n=33)		SRT 2 (n=41)		p-valor
	N	%	N	%	
Trabalho	4	12,12%	13	31,71%	0,056
Estudos	4	12,12%	13	31,71%	0,056
Lazer	29	87,88%	17	41,46%	<0,001
Moradia	30	90,91%	26	63,41%	0,007
Relacionamento com outras pessoas	31	93,94%	22	53,66%	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

Ainda acerca do perfil clínico, identificou-se que 71,6% (n=53) dos participantes responderam afirmativamente para comorbidade, que foram distribuídas segundo sistemas corporais acometidos, entre esses, os sistemas cardiovascular e endócrino foram mais prevalentes,

ao serem identificados, respectivamente, em 43,24% (n=32) e 36,48% (n=27) da população. Os demais sistemas foram: respiratório (5,40%, n=4), locomotor (1,35%, n=1), nervoso (6,77%, n=5), imunológico (4,05%, n=3) e gastrointestinal (6,77%, n=5).

Sobre a condição legal da moradia, 62,2% (n=46) referiram ter a casa cedida pelo governo ou pela instituição, enquanto 37,8% (n=28) possuem a casa alugada, sendo o custo rateado entre os moradores. Quanto à estrutura, 79,8% (n=59) residiam em casas de quatro ou cinco cômodos. Todas as moradias se encaixaram em uma edificação do tipo isolada, e, em média, cada participante dividia o quarto com um outro usuário; contudo, isso variou entre não dividir ou dividir com outros três.

Com relação aos lugares próximos (conseguir ir andando), todos afirmaram residir perto de algum serviço de saúde (hospital, pronto-socorro, Unidade Básica de Saúde ou Caps). Aproximadamente metade da população (52,7%, n=39) referiu estar próxima a algum serviço da educação (creches ou escolas); e serviços de comércio (agência bancária, comércio em geral, padaria, açougue, farmácia,

quitanda, mercearia, supermercado e bares) foram mencionados por 55,4% (n=41). Locais para entretenimento (centro comunitário, clubes e praças) foram citados com menor frequência (37,8%, n=28) entre os participantes, assim como locais para expressão religiosa (32,4%, n=24). Todos negaram a proximidade de serviços de segurança (posto policial e delegacia) ou assistência social – Centro de Referência da Assistência Social (Cras).

A *tabela 3* apresenta a comparação entre os participantes dos dois SRT no que se refere ao bloco inserção social e autonomia do instrumento de coleta de dados. Em geral, os participantes da SRT2 possuíam maior disponibilidade de/e frequência aos serviços próximos à moradia, tinham maior contato com estranhos e maior independência nas atividades do cotidiano. Em contrapartida, os participantes da SRT1 recebiam mais visitas.

Tabela 3. Análise estatística das variáveis inserção social e autonomia dos participantes segundo SRT. Botucatu (SP), Brasil, 2019. (n=74)

Variáveis	SRT 1 (n=33)		SRT 2 (n=41)		p-valor
	N	%	N	%	
Serviços próximos à moradia					
Educação	33	100%	6	14,63%	<0,001
Comércio	0	0%	41	100%	<0,001
Entretenimento	0	0%	28	68,29%	<0,001
Religião	0	0%	24	58,54%	<0,001
Serviços próximos à moradia que frequenta					
Entretenimento	2	6,06%	11	26,83%	0,030
Comércio	7	21,21%	24	58,54%	0,001
Pessoas com quem conversa fora da moradia					
Desconhecidos	0	0%	12	29,27%	<0,001
Pessoas que o visitam na moradia					
Familiares	7	21,21%	2	4,88%	0,032
Vizinhos	11	33,33%	0	0,0%	<0,001
Pessoal do abrigo	8	24,24%	1	2,44%	0,009
Ninguém	16	48,48%	38	92,68%	<0,001
Atividades que realiza sozinho e sem ajuda					
Higiene Pessoal	16	48,48%	30	73,17%	0,029
Ir a locais de interesse na cidade	0	0,0%	13	31,71%	<0,001
Tomar medicação	0	0,0%	8	19,51%	0,007

Fonte: Elaboração própria.

Dos serviços que ficam próximos à moradia, não houve diferença estatística entre os SRT analisados para as variáveis serviços de segurança e assistência social. A mesma análise ocorreu sobre os lugares que os participantes frequentaram: todos afirmaram ir a serviços de saúde ($p=1,000$); nenhum dos participantes de ambos os SRT frequentou serviços de segurança, da educação ou locais para expressão religiosa ($p=1,000$); dois de cada SRT frequentaram o Cras ($p=1,000$).

A despeito do local de moradia, os participantes conversam com vizinhos, com outros usuários ou profissionais do Caps ou do SRT, com colegas de trabalho ou comerciantes. Não houve ocorrência para pessoas do meio religioso ou namorados(as). Para ambas as situações, não houve diferença estatística com valores de $p>0,05$.

Também não houve diferença estatística para a pergunta ‘quando você tem um problema e precisa de ajuda, quem você procura?’: familiares ($p=0,195$); usuários de outros serviços de saúde ($p=1,000$); pessoal da igreja ($p=1,000$); pessoal da prefeitura ($p=1,000$); usuários do Caps ($p=1,000$); vizinhos ($p=0,084$); pessoal

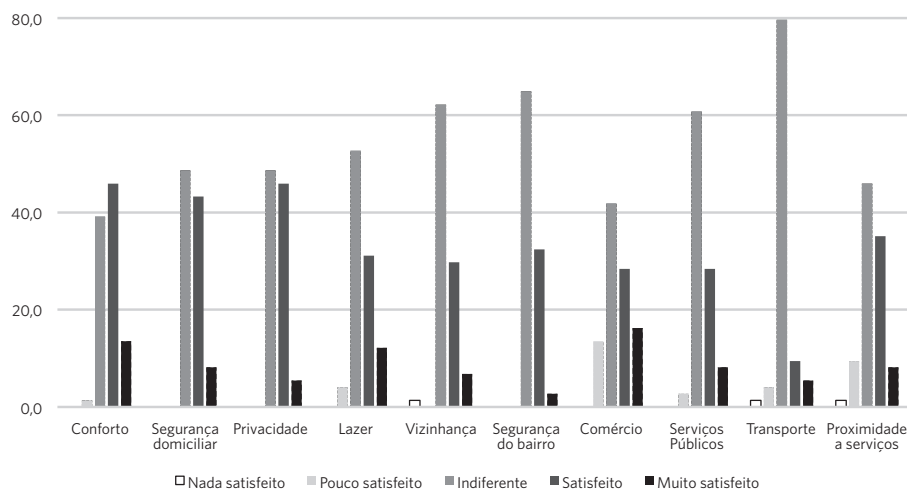
do abrigo ($p=0,499$); colegas de trabalho ($p=1,000$); ninguém ($p=0,249$).

Não houve relatos por parte dos participantes de receberem visitas de usuários de outros serviços de saúde, pessoal da igreja, pessoal da prefeitura, usuários do Caps ou colegas de trabalho. Todos referiram receber visitas de profissionais de saúde de algum serviço da atenção básica ou psicossocial estratégica. Para ambos os casos, não houve diferenças estatísticas ($p>0,05$).

No que diz respeito às atividades que o participante conseguia fazer sozinho, 4,88% ($n=2$) referiram conseguir ir ao banco para receber seu dinheiro, e 9,76% ($n=4$), realizar compras e pagamentos, todos moradores da SRT2 ($n=41$) – não havendo diferença estatística entre os SRT, com p -valores, respectivamente, $p=0,124$ e $p=0,449$.

Por fim, verificou-se o grau de satisfação dos participantes em relação aos SRT em que residiam. Aponta-se uma maior satisfação entre os participantes do SRT2, uma vez que o escore geral foi de 33 ($DP\pm 31-43$) para os participantes do SRT1 e 36 ($DP\pm 31-51$) para aqueles do SRT2. A análise dessa variável apontou diferença estatística com valor de $p=0,039$. O gráfico 1 detalha cada um dos fatores analisados.

Gráfico 1. Satisfação dos participantes acerca dos SRT. Botucatu (SP). Brasil, 2019



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O perfil dos moradores dos SRT pesquisados aponta para faixa etária que caracteriza uma população idosa, com discreta predominância para o sexo feminino, sem parceiros e sem alfabetização. Em relação ao sexo, em uma população similar em um estudo do Brasil, encontrou-se predominância do masculino, diferindo dos achados desta pesquisa¹²⁻¹⁵. A faixa etária da população investigada neste estudo foi maior que a encontrada no perfil de moradores de SRT em outras regiões do Brasil¹²⁻¹⁵, em geral, com diferença de dez anos. São similares: o estado civil e a ausência de alfabetização¹²⁻¹⁴.

Observou-se que praticamente metade da amostra correspondeu a pessoas que receberam o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, seguido de retardo mental. Essa característica pode ser verificada também em outros estudos em que transtorno psicótico primário foi prevalente (76,8%)^{13,16,17} e corresponde a uma herança do modelo asilar. Em uma população similar, a ocorrência de diagnósticos psiquiátricos também se centrou na esquizofrenia e no retardo mental¹⁴, contudo, este último em menor proporção que o encontrado nesta pesquisa.

Ainda em relação ao psicodiagnóstico, observou-se uma quantidade de usuários institucionalizados em hospitais psiquiátricos que necessita ter melhor elucidação (35,8%); essa população tem sido descrita com psicoses orgânicas não especificadas ou esquizofrenias outras ou não especificadas¹⁶. Diferentemente, nos resultados desta pesquisa, obteve-se a ocorrência de 12,16% (n=9) de psicodiagnósticos não especificados, contudo, essa porcentagem foi maior do que a encontrada em uma investigação com residentes de SRT do nordeste do Brasil¹⁴.

Importa ressaltar que 40,54% da população (n=30) apresentou apenas uma internação em hospital psiquiátrico, mantendo-se institucionalizada a partir dessa situação, sob tratamento medicamentoso e prática asilar.

Essa situação corrobora resultados de outros estudos¹⁵⁻¹⁷ e remete a discussão à centralidade do modelo manicomial no cuidado ao usuário com transtorno mental grave, associada-se à fragilidade de operacionalizar o cuidado de base comunitária e territorial, dispondo de serviços substitutivos suficientes na Raps; características próprias do modelo manicomial brasileiro que tem sido gradativamente desconstruído com a Reforma Psiquiátrica¹⁸.

Outra faceta do modelo manicomial observada nessa população foi o impacto sobre as atividades do cotidiano, principalmente, as relações familiares. Isso se inicia ainda na internação psiquiátrica de pessoas com transtornos mentais graves, uma vez que uma parcela significativa (74,4%, n=55) apontou não receber visitas¹⁶ – e perdura por toda sua permanência no aparato manicomial conforme reflexão de moradores de um SRT da região metropolitana de São Paulo¹⁹. Atenta-se para a pequena expressão de participantes (12,16%, n=9) que referiram receber visita de familiares no SRT, o que difere de outra pesquisa que registrou pouco mais da metade da amostra investigada¹⁴.

O modelo manicomial produziu a exclusão da loucura da vida social, causando o distanciamento da cidade, da família, do lazer, do trabalho, da cultura e do direito à participação social, gerando a perda da condição de cidadania²⁰. Essa problemática prejudicou e prejudica as relações afetivas e trocas sociais, que são de extrema importância para a reabilitação psicossocial.

Os resultados desta pesquisa permitiram observar que os moradores do SRT2 têm maior percepção dos impactos atribuídos pelo transtorno mental grave em suas atividades cotidianas. Sob essa perspectiva, pode-se inferir que a saída do aparato manicomial com consequente restabelecimento no território, por meio da SRT, possibilita à pessoa com transtorno mental grave desenvolver a percepção das perdas psicossociais decorrentes do modelo manicomial.

Essa característica subsidia uma defesa intransigente acerca da inserção dos SRT nos espaços centrais da cidade. Em relação

a esse posicionamento, os resultados encontrados entre os moradores do SRT1 e SRT2 apontaram, curiosamente, para características distintas: embora a localização geográfica do SRT2 seja favorável para inserção e autonomia por estar próxima de diversos serviços comunitários, no SRT1, estão alocados os moradores que mais recebem visita. Importa ressaltar que ambas as diferenças foram sustentadas por significância estatística.

A reinserção social deve considerar uma reconstrução possível, dentro do limite de cada sujeito. A conquista dos espaços do território é fundamental na construção do cenário de reinserção, podendo ser um espaço para experimentações que o encontro entre a loucura e a cidade pode oferecer²¹, avançando na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, na medida em que mobiliza o imaginário social a fim de dirimir o estigma e preconceito em torno da loucura¹.

Acerca da inserção social dos moradores dos SRT deste estudo, observou-se a centralidade desse dispositivo nos serviços de saúde. Concretamente, a exclusiva relação SRT e rede de atenção à saúde tornou-se evidente quando a totalidade referiu frequentar serviços de saúde e, concomitantemente, não frequentar serviços da educação, de segurança ou equipamentos religiosos. Conforma-se, com isso, uma ocupação social extremamente restrita e centralizada em serviços de saúde. Ao observar o perfil dos participantes, aponta-se para a necessidade de constituir o trabalho no SRT com base nos equipamentos intersetoriais.

A saída da instituição psiquiátrica e a chegada ao SRT, por si só, não garantem à pessoa com transtorno mental grave uma mudança real do modo de vida asilar, podendo reproduzir o cotidiano institucionalizante na casa, trancando-se em seus quartos, negando-se a participar das tarefas domésticas e permanecendo em uma situação de profunda passividade à espera de cuidados e tutela a que foram outrora submetidos⁸.

Com isso, constata-se a perpetuação e a renovação do modo manicomial nas práticas de

cuidado comunitário produzindo uma grande dificuldade em tornar os SRT em moradias, uma vez que esses moradores são submetidos a regras múltiplas e dificilmente contam com espaços de privacidade ou distanciamento do olhar e da escuta alheios, sendo constantes a presença e o controle dos trabalhadores e dos colegas de moradia⁶.

Os SRT têm a característica de padronizar a disposição de móveis e objetos, principalmente pela preocupação dos cuidadores em manter a ordem no local, dificultando a escuta e o acolhimento de demandas que fujam à rotina. É evidente a existência de regras e valores morais que orientam moradores no modo como agem ou se comportam uns com os outros. O espaço de habitação requer plasticidade aos intentos de seus moradores e flexibilidade no suporte. Trata-se de uma diversificação não restrita à simples ampliação dos tipos predefinidos que irão impor ao sujeito e às suas necessidades específicas a construção de ideais externas⁶.

Observou-se que 81,1% (n=60) recebiam algum tipo de benefício do governo, contexto que indica a importância do PVC⁴ para os usuários do SRT, uma vez que todos os participantes da pesquisa utilizam todo o valor recebido para manter a moradia, promovendo condições de sobrevivência e maior possibilidade de inserção social. Por esse motivo a defesa à manutenção da garantia de direitos constituídos para as pessoas com transtornos mentais graves, representada pela dimensão político-jurídica da Reforma Psiquiátrica¹, que tem sido intensamente discutida haja vista as ameaças e os retrocessos sofridos desde o final do ano de 2015²².

Além da garantia institucional de obtenção do benefício financeiro, está a autonomia da pessoa com sofrimento psíquico grave em gerir seu próprio recurso ou uma parte dele. Esse direito representou um elemento importante para a sociabilidade dos moradores de SRT em pesquisa que observou que os pontos comerciais estavam entre os mais frequentados pela população estudada¹⁹. Situação inversa foi observada nesta investigação, em que se

identificou controle excessivo sobre o acesso ao valor do benefício e um questionamento importante em relação ao destino dado ao auxílio recebido pelos moradores. Associado a essa situação, o distanciamento geográfico do centro comercial observado no grupo de moradores do SRT1 representa mais um elemento que fragiliza a produção de autonomia dos participantes deste estudo.

Considera-se que o passo inicial na recuperação de pessoas com transtorno mental grave, por meio da habitação, deve permear o trabalho e a educação, sem uma proteção excessiva dos cuidadores em todos os domínios da vida. Uma grande dificuldade é a impossibilidade de exercer um trabalho formal, pelo fato de receber o benefício, questão essa que não tira os sonhos e as expectativas de uma profissão, e impacta diretamente em um dos pilares da reabilitação psicossocial que corresponde ao trabalho com valor social⁸.

As estratégias de economia e cooperativas solidárias, equipamentos da reabilitação psicossocial da Raps², são uma possibilidade para a questão do trabalho. O município desta pesquisa conta com uma cooperativa e uma oficina terapêutica voltadas para pessoas com transtorno mental grave, mas com mínima articulação com os moradores do SRT1. Nesses espaços, diversas oficinas voltadas para o trabalho e para a terapêutica são ofertadas; desse modo, além de permitir o trabalho com função social, a participação nesses serviços traz a potencialidade das trocas sociais e afetivas, desencadeando processos de subjetivação⁷.

A fragilidade na articulação pode ser apreendida em diversas situações: nos serviços da Raps entre si, nos SRT, e a intersectorialidade; bem como dos SRT com os diversos serviços de comércio, lazer e cultura. O isolamento dos SRT e sua desarticulação encaminham à reflexão sobre outra maneira de perpetuar a institucionalização da vida dos moradores, a qual, concomitantemente, atrofia a produção de subjetividades e de projetos de vida que se constroem à medida que se ocupa o espaço urbano¹⁹.

Como avaliação dos SRT deste estudo, está a satisfação dos usuários em relação a características como: conforto, segurança, privacidade, lazer, vizinhança, segurança comércio, serviços públicos, transportes e proximidade. Observou-se predominância para indiferença e satisfação, resultado que difere de outros estudos que apontaram elevada satisfação dos moradores acerca de algumas dimensões dos SRT, entre elas, as condições físicas e o conforto^{17,23}. Identificou-se ainda que a satisfação dos participantes do SRT2 é maior quando comparada ao SRT1, diferença esta com significância estatística. Esses achados permitem argumentar sobre a importância de estar inserido e convivendo no território como um aspecto fundamental para a produção de implicação da pessoa com transtorno mental grave acerca do habitar⁸.

‘Estar em casa’ representa o direito de ir e vir, e um espaço de expressão de subjetividades, socialização, permitindo a potencialização da vida e da liberdade²⁴. Passear quando desejar ou se quiser limpar um jardim, comprar mercadorias, descobrir ou redescobrir formas de se relacionar consigo e com outras pessoas, desenvolver um trabalho, seja ele remunerado ou não, fazer amigos, descobrir os direitos, e encontrar um namoro, ter a possibilidade de expressar a sua fé, que auxiliará a pessoa em sofrimento psíquico a resgatar a sua cidadania. O cuidado nos SRT caracteriza-se no trânsito do interno em direção ao externo: à rua, à vida^{8,25}.

A realização deste estudo contribui para a discussão sobre a importância de os SRT operarem necessariamente na lógica intersectorial, como exercício para o desenvolvimento dos três pilares da reabilitação psicossocial, provocando a descaracterização desses serviços como pontos de atenção à saúde a fim de objetivar a desconstrução de práticas que perpetuem o modelo manicomial. Nesse rumo, apontam-se possibilidades de ação para os trabalhadores que atuam nesses serviços, considerando-os como objetos que estão alinhados aos objetivos da reabilitação psicossocial, o que

implica, necessariamente, atos que extrapolem fazeres técnicos e especializados concentrados nos serviços de saúde.

O tamanho da amostra e o cenário de estudo representam os limites desta pesquisa e podem fragilizar possíveis generalizações dos resultados encontrados.

Considerações finais

Os resultados desta investigação permitem observar que os SRT do município estudado estão centralizados e se caracterizam exclusivamente como equipamentos de saúde. Tal característica dificulta a operacionalização do objetivo da residência terapêutica enquanto um meio para resgatar a dimensão do habitar própria da reabilitação psicossocial. Por consequência, a avaliação que as pessoas com transtornos mentais graves tecem acerca das necessidades e condições de moradia evidencia fragilizada implicação, mostrando-se

indiferentes aos aspectos da inserção social por meio do habitar.

Colaboradores

Acebal JS (0000-0001-5438-6605)* contribuiu para a concepção e o planejamento, para a elaboração do rascunho e para a aprovação da versão final do manuscrito. Barbosa GC (0000-0002-7433-8237)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Domingos TS (0000-0002-1421-7468)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, para a elaboração do rascunho e para a aprovação da versão final do manuscrito. Bocchi SCM (0000-0002-2188-009X)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Paiva ATU (0000-0002-8457-628X)* contribuiu para a concepção e o planejamento e para a aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Institui sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [internet]. 21 Dez 2017. [acesso em 2021 jan 25]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa de Volta pra Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União [internet]. 23 Dez 2011. [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html.
6. Furtado JP, Tugny A, Baltazar AP, et al. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: Uma avaliação interdisciplinar. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2013 [acesso em 2019 ago 15]; 18(12):3683-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200024.
7. Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá; 2001.
8. Kantorski LP, Cortes JM, Guedes AC, et al. O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. Rev Eletr Enf [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 10]; 16(4):759-68. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a08.pdf>.
9. Furtado JP, Nakamura E. Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo. São Paulo: Unifesp; 2014.
10. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
11. Furtado JP, Moreira MIB, Nozabielle S, et al. Desenvolvimento de questionário dirigido às condições de moradia de usuários de CAPS. Saúde debate [internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 5]; 37(96):62-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/08.pdf>.
12. Alves C, Coutinho I, Reis T, et al. Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do estado do Rio de Janeiro. Rev Pesq. [internet]. 2010 [acesso em 2019 out 5]; 2(supl):149-152. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/848/pdf_105.
13. Lago EL, Machado RS, Vieira TS, et al. Perfil de moradores de serviços residenciais terapêuticos. Rev Enferm UFPI [internet]. 2014 [acesso em 2019 ago 25]; 3(1):10-7. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1113/pdf>.
14. França VV, Alves MP, Silva ALMA, et al. Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados. Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2019 out 5]; 41(114):872-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000300872&script=sci_abstract&tlng=pt.
15. Soares LML, Silva PRF. Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado. Saúde debate [in-

- ternet]. 2019 [acesso em 2020 ago 16]; 43(spe7):102-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe7/102-113/>.
16. Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, et al. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2019 set 21]; 20(2):343-52. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200343&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
17. Oliveira WG. Avaliação da satisfação dos moradores com os Serviços Residenciais Terapêuticos [dissertação] [internet]. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei; 2018. 94 p. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/DISSERTACAO%20FINAL%20Welley%20Gouvea%20oliveira.pdf>.
18. Zanardo GLP, Moro LS, Ferreira GS, et al. Factors associated with psychiatric readmissions: a systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 19]; 28(21):e2814. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2018000100202&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
19. Massa PA, Moreira MIB. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Interface Comun Saúde Educ* [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 15]; 23:e170950. Disponível em: <http://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170950/>.
20. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Adm Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 set 27]; 52(6):1090-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122018000601090&lng=pt&nrm=io.
21. Antonacci MH, Kantorski LP, Guedes AC, et al. O trabalho no serviço residencial terapêutico: possibilidades na reconstrução de vidas fora dos manicômios. *Rev Pesq* [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 27]; 9(3):831-9. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5582>.
22. Rossano CL. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis* [internet]. 2019 [acesso em 2019 set 27]; 29(1):e290101. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis/article/view/43077>.
23. Maluf R, Bandeira M, Oliveira D. Psychiatric patients' satisfaction in the therapeutic residence services: A positive experience of psychiatric deinstitutionalization. *Estud Psicol* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 15]; 22(3):274-84. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000300004.
24. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 set 28]; 14(1):195-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025.
25. Bessoni E, Capistrano A, Silva G, et al. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? *Saúde Soc* [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 15]; 28(3):41-53. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902019000300040&script=sci_arttext.

Recebido em 26/11/2019

Aprovado em 25/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil

Evaluation of the implementation of a Psychosocial Care Center in Pernambuco, Brazil

Gilcele Marília da Silva¹, Eronildo Felisberto², Isabella Samico², Ana Coelho de Albuquerque²

DOI: 10.1590/0103-1104202012714

RESUMO O estudo teve como objetivo avaliar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II) de um município do estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de análise de implantação, relacionando a variação do grau de implantação do Caps sobre os efeitos observados. Elaborou-se modelo lógico da intervenção e matriz de indicadores e julgamento. Realizaram-se entrevistas individuais, observação direta e análise de registros e documentos. Consideraram-se os indicadores de estrutura e processo para análise do grau de implantação, posteriormente relacionado aos indicadores de resultados. O serviço foi classificado como parcialmente implantado (74,4%), com grau de implantação de 68,0% na dimensão estrutura e de 80,9% na dimensão processo, classificadas como parcialmente implantado e implantado, respectivamente. Os componentes assistência à saúde e mobilização e educação na saúde foram considerados parcialmente implantados, ao passo que o componente gestão foi considerado implantado. Os indicadores de resultado demonstraram coerência com o grau de implantação, especialmente em relação ao processo. Mesmo que a estrutura do Caps tenha apresentado algumas deficiências, não exerceu influência direta nos resultados. Concluiu-se que o Caps é um equipamento importante para rede local, embora necessite superar desafios estruturais a fim de contribuir com a articulação estratégica da política de saúde mental do município.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços de saúde mental. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT *The study aimed to evaluate the implementation of the Psychosocial Care Center II (Caps II) in a municipality in the state of Pernambuco. It is an evaluative research, of implementation analysis, relating the variation of the degree of implementation of the Caps on the observed effects. Logic model of intervention and matrix of indicators and judgment were elaborated. Individual interviews, direct observation and analysis of records and documents were carried out. Structure and process indicators were considered to analyze the degree of implementation, which is related to the result indicators. The service was classified as partially implemented (74.4%), with a 68.0% degree of implementation in the structure dimension and 80.9% in the process dimension, classified as partially implemented and implemented, respectively. The health care and mobilization and health education components were considered partially implemented, while the management component was considered implemented. The result indicators showed consistency with the degree of implementation, especially in relation to the process. Even though the Caps structure has some deficiencies, they did not have a direct influence on the achievement of results. It was concluded that the Caps is an important equipment for the local network, but it needs to overcome structural challenges in order to contribute to the strategic articulation of the municipality's mental health policy.*

¹Secretaria de Saúde – Ipojuca (PE), Brasil. gilcele_@hotmail.com

²Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.

KEYWORDS *Mental health. Mental health services. Health evaluation. Evaluation of health services.*



Introdução

Os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo, submetendo-as ao risco de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida, além de elevados custos dentro e fora do sistema de saúde¹. No Brasil, os dados revelam que 3,0% da população geral sofre com transtornos mentais graves e persistentes; 6,0% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e 12,0% necessita de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual².

A trajetória da assistência psiquiátrica está vinculada à internação de usuários em manicômios, num processo de exclusão e alienação. No entanto, desde o final da década de 1960, essa realidade vem passando por um movimento de reestruturação dos saberes e de suas práticas, que culminaram, na década de 1970, na reforma psiquiátrica³. Posteriormente, no final dos anos de 1980, o movimento da reforma psiquiátrica desenvolveu o pensamento crítico em relação à institucionalização da loucura e, em 1986, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Brasil. Porém, somente com a Lei Paulo Delgado nº 10.216, de 06 de abril de 2001, oficializou-se o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país^{4,5}.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental vigente visa a reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar mediante a implantação dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Tais serviços funcionam de portas abertas e estão localizados onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais frequentados pelas pessoas⁶.

Nesse contexto, estão os Caps, espaços de construção contínua de um novo fazer, no qual se privilegia o sujeito com sofrimento e não a doença em si. A equipe multiprofissional dos Caps deve direcionar suas intervenções no sentido de reabilitar o indivíduo, reintegrando-o à sua família e à comunidade. Além disso, tem por atribuições a responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território, supervisão das equipes de atenção básica, entre outras⁷.

No entanto, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, velhos e novos obstáculos emergem, a exemplo da reprodução de práticas manicomial nos serviços substitutivos. No plano micropolítico, observam-se dificuldades quanto à ruptura de práticas profissionais que afirmam a objetificação do portador de sofrimento psíquico, a supressão do sintoma, os ‘especialismos’, a demanda por internação, a não continuidade do cuidado, a ‘ambulatorização’ da assistência, ou seja, processos de trabalho que acabam mantendo a cultura manicomial em vigor⁸.

Portanto, a proposta de estudos avaliativos torna-se pertinente e atual frente aos obstáculos apresentados. Bessa e colaboradores⁷, avaliando a assistência de saúde mental em um Caps do interior do Brasil, observaram que há fragilidades importantes na condução terapêutica do serviço em três domínios pesquisados: processo ou atividades terapêuticas; processo ou gestão do cuidado; e atividades comunitárias ou externas ao Caps. A variação de carga horária dos profissionais parece impactar negativamente a assistência, além de fatores como o modelo de atenção centrado na doença, que dificulta a autonomia dos usuários⁹.

Além disso, avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim

de proporcionar condições mais humanizadas, visando à qualidade da assistência. Considerando que a análise das práticas de saúde constitui ferramenta importante para a transformação da realidade, tendo em vista e as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial, este estudo teve como objetivo avaliar a implantação do Caps II de um município do estado de Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 2, que relaciona a influência da variação do Grau de Implantação (GI) do Caps sobre os efeitos observados¹⁰. Com isso, objetivou-se fazer um julgamento sobre a intervenção, comparando os recursos empregados com a sua organização, ou estrutura, com os serviços ou bens produzidos, ou seu processo, e com os resultados obtidos. A estratégia de investigação adotada foi o estudo de caso único¹¹ e o Caps II foi a intervenção.

A pesquisa foi realizada no Caps II de Bezerros, município localizado na mesorregião do agreste de Pernambuco, e os dados foram coletados durante o período de janeiro a maio de 2019. Segundo a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, o Caps II possui capacidade operacional para atendimento a municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, devendo funcionar os dois turnos durante cinco dias na semana. A assistência prestada ao paciente no Caps II inclui atendimento individual, atendimento a grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias com foco na integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Tais atividades são coerentes com o paradigma no qual se fundamenta a Reforma Psiquiátrica¹².

O Caps II de Bezerros foi implantado no mês de fevereiro de 2015 e, no momento da pesquisa, possuía 110 usuários admitidos e funcionando de acordo com o preconizado. As marcas históricas da assistência em saúde mental de Bezerros acompanham a tendência hegemônica dos municípios de pequeno porte do Brasil. Foi com a implantação do Caps II que se iniciou o processo de articulação estratégica da Política Municipal de Saúde Mental, sendo um dispositivo importante da Raps.

Os usuários admitidos no serviço são, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, dos tipos transtornos graves do comportamento, primeira crise, constantes reinternações, psicóticos senis sem sintomatologia demencial, neuróticos graves, oligofrênicos leves com instabilidade na conduta social e ou sintomatologia psiquiátrica aguda, usuários com transtorno mental devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Os pacientes são identificados durante o acolhimento que acontece diariamente no serviço, momento em que é estabelecido o primeiro contato com a equipe. A prática terapêutica do serviço consta de acolhimento e assistência ao usuário e seus familiares, partindo de uma atenção interdisciplinar onde a escuta e a compreensão do sofrimento psíquico devem orientar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Para explicitar a intervenção avaliada, o Caps II, delineou-se o modelo lógico a partir da tríade estrutura-processo-resultado Donabedian¹³, com base em três componentes: assistência à saúde, gestão do Caps, e mobilização social e educação na saúde. A modelização expõe a forma como os componentes se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os resultados¹⁰. Para descrever a organização do Caps II do município de Bezerros, uma primeira versão do modelo lógico foi elaborada tomando como referência os documentos e legislações dispostos no *quadro 1*.

Quadro 1. Documentos técnicos utilizados para a construção do modelo lógico do Centro de Atenção Psicossocial – Caps II. Município de Bezerros – Pernambuco, 2019

Documento	Dispõe sobre
BRASIL, 2013 – Secretaria de Atenção à Saúde	Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de Caps e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios
BRASIL, 2011 – Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva	Guia prático de matriciamento em saúde mental
BRASIL, 2014 – Universidade Federal de Santa Catarina	Crise e urgência em saúde mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado
Portaria nº 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017	Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial

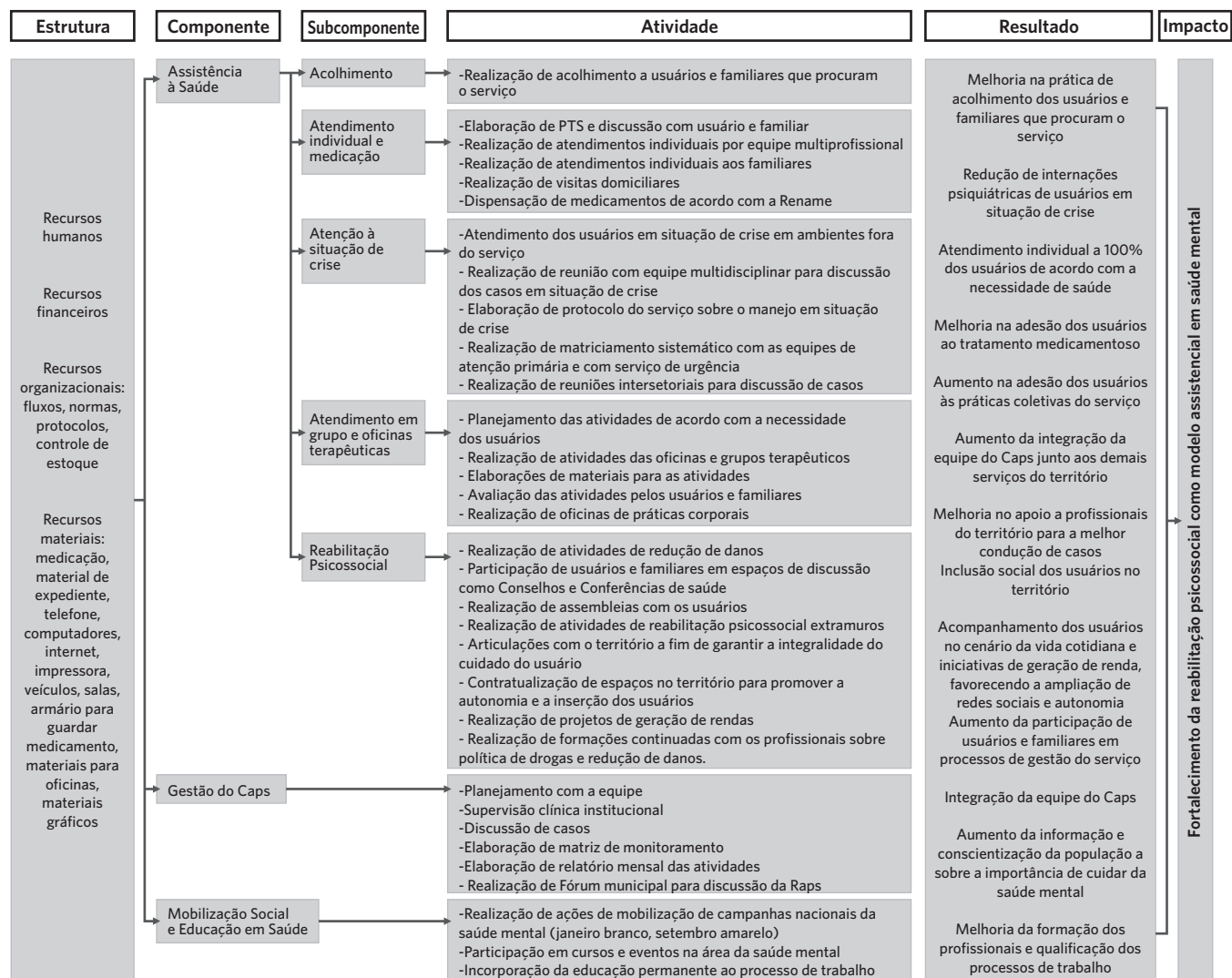
Fonte: Elaboração própria.

Caps – Centro de Atenção Psicossocial; UA – Unidade de Acolhimento.

O modelo inicialmente proposto foi submetido à análise por especialistas em saúde mental (n=6) e avaliação em saúde (n=2), que receberam por meio eletrônico a versão preliminar e puderam acrescentar ou suprimir

informações que consideraram necessárias. O processo aconteceu em duas rodadas e o modelo foi considerado finalizado quando os especialistas não tiveram mais alterações a fazer (*figura 1*).

Figura 1. Modelo lógico do Centro de Atenção Psicossocial – Caps II. Município de Bezerros – Pernambuco, 2019



Em seguida, foi elaborada a matriz de indicadores e julgamento com base no modelo lógico, que também foi submetida à análise pelos especialistas supracitados. Na matriz,

encontram-se, por componente e subcomponente, a pontuação e a fonte de cada indicador (quadro 2).

Quadro 2. Matriz de indicadores e julgamento, segundo componentes, subcomponentes e dimensões de estrutura e processo. Centro de Atenção Psicossocial – Caps II. Município de Bezerros – Pernambuco, 2019

Dimensão	Indicador	Pontuação	Parâmetros
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Acolhimento			
Estrutura	Existência de protocolo com diretrizes do Caps	Sim e disponível = 1,5 / Sim, mas não está disponível = 1,0/ Não = 0,0	SIM
	Sala para realização de acolhimento com birô e cadeiras	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Horário de funcionamento do serviço adequado e de acordo com a legislação	Sim, funcionamento de 8h/dia, sem fechar no horário de almoço= 1,0/ Sim, funcionando 8h/dia, mas fechando no horário de almoço= 0,5/ Não funciona 8h/dia = 0,0	SIM, funcionando 8h/dia, sem fechar para o almoço
	Existência de listagem das ações e atividades ofertadas pelo serviço	Sim e disponível = 0,5 / Não = 0,0	SIM e disponível
	Televisão funcionando	Sim = 0,5/ Não = 0	SIM
	Escala dos profissionais com nome e horário de trabalho	Sim e disponível = 0,5 / Não = 0,0	SIM e disponível
	Ouvidoria como canal de comunicação com o usuário	Sim = 1,0/ Não = 0,0	SIM
	Espaço para sala de espera com cadeiras em boas condições de uso e assento para pelo menos 15 pessoas	Sim = 1,0/ Não = 0,0	SIM
Processo	Fichas para registro do acolhimento e formulário para encaminhamento a outros serviços	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Nº de acolhimentos realizados	25/mês	No mínimo 25 acolhimentos por mês
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento individual/medicação			
Estrutura	Profissionais de nível superior conforme a legislação	Sim = 1,5/ Não = 0,0	SIM
	Profissionais de nível médio conforme a legislação	Sim = 1,5/ Não = 0,0	SIM
	Acesso à internet	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Telefone fixo funcionando	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Existência de computador para os profissionais da assistência	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de impressora para a rotina do serviço	Sim = 0,5 / Não = 0,0	SIM
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento individual/medicação			
Estrutura	Ficha que direcione a elaboração do PTS	Sim = 0,5/ Não = 0	SIM
	Transporte acessível para realização de intervenções no território	Sim e disponível em todos os momentos = 1,5/ Sim, mas sempre agendado com antecedência = 1,0 / Não = 0,0	SIM e sempre disponível
	Medicamentos disponíveis para dispensação aos usuários de acordo com a Rename	100,0 a 80,0% = 2,0/ 79,9 a 60,0% = 1,0/ 59,9 a 30,0% = 0,5 / < 30,0% = 0,0	≥80,0%
	Sistema de estoque e dispensação de medicamentos no Caps	Sim e atualizado= 1,0/ Sim, mas não atualizado= 0,5 / Não = 0,0	SIM e atualizado
	Local para guardar prontuários dos pacientes em boas condições de uso	Sim, em boas condições de uso = 0,5 / Não = 0,0	SIM e em boas condições de uso

Quadro 2. (cont.)

Dimensão	Indicador	Pontuação	Parâmetros
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento individual/medicação			
Estrutura	Armários para guardar os medicamentos	Sim e em boas condições de uso = 0,5 / Não = 0,0	SIM e em boas condições de uso
	Sala para dispensação de medicamentos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Presença de sinalização nas salas que facilite o acesso	Sim = 0,5 / Não = 0,0	SIM
	Sala para atendimento individual	2 a 3 salas = 1,0 / 1 sala = 0,5 / Não tem sala = 0,0	≥2 salas
Processo	Elaboração de PTS e discussão com usuário e familiar	Sim, na maioria das vezes = 2,0 / Sim, na menor parte das vezes = 1,5 / Não = 0,0	SIM, na maioria das vezes
	Nº de atendimentos individuais realizados por equipe multiprofissional	30 ou mais = 2,0 / 20 a 29 = 1,5 / 10 a 19 = 1,0 / < 9 = 0,0	≥30 atendimentos
	Nº de atendimentos individuais a familiares realizados	20 ou mais = 2,0 / 15 a 19 = 1,5 / 10 a 14 = 1,0 / 5 a 9 = 0,5 / < 4 = 0,0	≥20 atendimentos
	Nº de atendimentos médicos realizados	50 ou mais = 2,0 / 30 a 49 = 1,0 / 10 a 29 = 0,5 / <10 = 0,0	≥50 atendimentos
	Nº de visitas domiciliares realizadas	10 ou mais = 2 / 5 a 9 = 1,0 / < 5 = 0,5 / Nenhuma visita = 0,0	≥10 visitas
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atenção à situação de crise			
Estrutura	Existência de protocolo de atenção à situação de crise no Caps	Sim, e disponível = 1,5 / Sim, mas não disponível = 0 / Não = 0,0	SIM e disponível
	Existência de sala de repouso com no mínimo 2 camas	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
Processo	Realização no serviço do manejo do usuário em situação de crise sem uso de leito de internação	Sim, na menor parte das vezes = 2,0 / Sim, na maior parte das vezes = 1,5 / Nenhuma crise é acolhida sem uso de internação = 0,0	SIM na menor parte das vezes
	Realização de atendimento dos usuários em situação de crise em ambientes fora do serviço do Caps	Sim, com frequência = 2,0 / Sim, mas com pouca frequência = 1,5 / Não = 0,0	SIM com frequência
	Realização de discussão de casos dos usuários em situação de crise	Sim com frequência = 2,0 / Sim com menos frequência = 1,5 / Não = 0,0	SIM com frequência

Fonte: Elaboração própria.

Caps – Centro de Atenção Psicossocial; PTS – Projeto Terapêutico Singular; Raps – Rede de Atenção Psicossocial.

Na seleção dos indicadores, considerou-se a relevância, a disponibilidade e a facilidade de obtenção, dividindo-se entre eles a pontuação de cada componente. Na definição dos critérios de julgamento, utilizaram-se os parâmetros instituídos nos instrumentos legais ou em estudos científicos e, quando inexistentes, foram criados em consonância com a rotina do serviço. O *quadro 2* explicita a matriz dos 77 indicadores por componentes, 44 na dimensão ‘estrutura’ e 33 na dimensão ‘processo’, com seus respectivos critérios de julgamento.

Com o modelo lógico e a matriz finalizados,

passou-se à coleta dos dados primários e secundários do município. Para obtenção dos dados primários, foram utilizadas técnicas de observação direta e entrevistas por meio de questionário semiestruturado, respondido por sete profissionais, sendo uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma psicopedagoga, uma psiquiatra e um coordenador do serviço. Foram incluídos na pesquisa os profissionais que estivessem trabalhando no serviço há pelo menos um ano. Além disso, realizou-se a análise de documentos, tais como livros de registros de atividades de grupos

terapêuticos, de matriciamento, de reuniões de equipe, dentre outros. Também foram utilizados dados secundários extraídos do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. A triangulação das informações foi adotada, pois é capaz de acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação¹⁴.

Para a obtenção do GI, foram utilizados os indicadores de estrutura e processo de cada componente do modelo lógico. O cálculo do GI foi auferido pelo somatório das pontuações obtidas em relação aos valores máximos, arbitrados segundo a relevância para o objeto de estudo, por dimensão, componente e sub-componente, no caso específico da assistência à saúde. O GI total foi baseado no somatório de todos os indicadores. Ao final, adotou-se a seguinte classificação: implantado, quando

alcançou percentuais que variaram de 80,0 a 100,0%; parcialmente implantado, de 60,0 a 79,9%; incipiente, de 40,0 a 59,9%; e não implantado, abaixo de 39,9%.

Para a análise dos resultados, ou efeitos, foram definidos quatro indicadores, respeitando a validade do conteúdo, relevância, disponibilidade de informação, facilidade de obtenção e simplicidade do cálculo. Elaborou-se também um indicador composto de satisfação do usuário, calculado a partir de dez questões utilizando a escala Likert de cinco pontos, que abordaram as seguintes temáticas: disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento dos profissionais – psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional – e do médico, participação nos grupos terapêuticos e instalações do Caps II (*quadro 3*).

Quadro 3. Indicadores de resultado do Centro de Atenção Psicossocial – Caps II. Município de Bezerros – Pernambuco, 2019

Indicador	Método de cálculo	Parâmetro	Fonte	Média
*Nº de casos de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços	Nº de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços por mês	Até 1/mês, ou 10% dos usuários cadastrados	Relatório mensal do serviço, prontuários	0,23
*% de famílias de usuários que participam de grupos terapêuticos	Nº de núcleos familiares participantes dos grupos e nº de usuários cadastrados do Caps por mês	100%	RAAS/ livro de registro grupos/livro de registro de usuários admitidos	35,7%
*Nº de ações de matriciamento sistemático realizadas pelo Caps com equipes de atenção básica	Nº de ações de matriciamento realizadas pelos profissionais do Caps com as equipes de atenção básica do município por mês	1/mês	RAAS, relatório mensal	1,25
**Satisfação dos usuários	Média do indicador composto	≥5 = muito satisfeito 3,0-4,9 = satisfeito 1,1-2,9 = insatisfeito ≤1 = muito insatisfeito	EIC	4,3

Fonte: Elaboração própria.

Caps – Centro de Atenção Psicossocial; RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.

*Período de referência: ano 2018

**Período de referência: ano 2019. Indicador construído a partir de dez questões que adotam a Likert de 4 pontos, referentes à disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento do psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e do médico, participação dos usuários em grupos terapêuticos, condições físicas e instalações do Caps.

Para o cálculo do indicador de satisfação do usuário, utilizou-se questionário estruturado, aplicado a uma amostra intencional de 33 usuários admitidos no serviço que apresentassem um quadro estável para responder aos questionamentos, que fossem acompanhados no Caps há pelo menos um mês e que tivessem participação regular nas atividades ofertadas no serviço. Os usuários não preencheram esses critérios foram excluídos da amostra. Realizaram-se três visitas pelos pesquisadores ao serviço no mês dezembro de 2019 para fins da pesquisa.

Por fim, imbricou-se o GI com os indicadores de resultados, confrontando-os com o modelo elaborado em um processo reflexivo dedutivo baseado na lógica do Caps com o objetivo de identificar os elementos que exerceram influência no nos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip) sob o registro 4688-15 e seguiu as

recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e complementares. CAAE: 098771194.0000.5201 – Parecer: 3.260.206. Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

O Caps modalidade II do município de Bezerros foi classificado como parcialmente implantado (74,4%), com GI de 68,0% na dimensão estrutura e de 80,9% na dimensão processo, classificadas como parcialmente implantado e implantado, respectivamente (*tabela 1*). Para Alves¹⁵, um dos dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial é o Caps. E foi com o surgimento desse dispositivo que, a partir do ano de 2015, se iniciou o processo de articulação estratégica da política de saúde mental no município de Bezerros.

Tabela 1. Grau de Implantação, por percentagem e classificação, do Centro de Atenção Psicossocial - Caps II, segundo componentes, subcomponentes e dimensões de estrutura e processo. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019

Componente e Subcomponente	%	Classificação
Assistência à Saúde	72,2	Parcialmente implantado
Estrutura	70,6	Parcialmente implantado
Processo	73,8	Parcialmente implantado
Acolhimento	93,3	Implantado
Estrutura	86,6	Implantado
Processo	100,0	Implantado
Atendimento individual e medicação	71,0	Parcialmente implantado
Estrutura	82,1	Implantado
Processo	60,0	Parcialmente implantado
Atenção à situação de crise	63,1	Parcialmente implantado
Estrutura	50,0	Incipiente
Processo	76,2	Parcialmente implantado
Atendimento em grupo e oficinas terapêuticas	81,4	Implantado
Estrutura	94,1	Implantado
Processo	68,7	Parcialmente implantado

Tabela 1. (cont.)

Componente e Subcomponente	%	Classificação
Reabilitação Psicossocial	52,0	Incipiente
Estrutura	40,0	Incipiente
Processo	64,0	Parcialmente implantado
Gestão do Caps	84,4	Implantado
Estrutura	83,3	Implantado
Processo	85,6	Implantado
Mobilização social e educação na saúde	66,6	Parcialmente implantado
Estrutura	50,0	Incipiente
Processo	83,3	Implantado
Total	74,4	Parcialmente implantado
Estrutura	68,0	Parcialmente implantado
Processo	80,9	Implantado

Fonte: Elaboração própria.

Caps - Centro de Atenção Psicossocial.

O subcomponente ‘acolhimento’ e o componente ‘gestão do’ foram os mais bem avaliados, tanto na estrutura como no processo, ambos considerados implantados; ao passo que ‘reabilitação psicossocial’ obteve a pior classificação, sendo o único avaliado como incipiente. Analisando separadamente as dimensões, os resultados mais críticos, ou seja, classificados como incipientes na estrutura, foram nos subcomponentes ‘atenção à situação de crise’ e ‘reabilitação psicossocial’, bem como o componente ‘mobilização social/educação em saúde’. Já na dimensão processo, os subcomponentes ‘atendimento individual/medicação’, ‘atenção à situação de crise’, ‘atendimento em grupo/oficinas terapêuticas’ e ‘reabilitação psicossocial’ foram os piores avaliados, todos classificados como parcialmente implantado. Ainda no que diz respeito à dimensão processo, vale ressaltar que o ‘acolhimento’ foi o único a obter GI 100,0%, considerado, portanto, como implantado (tabela 1).

O acolhimento propõe a inversão do modelo de atenção à saúde e objetiva organizar os serviços de forma usuário-centrado¹⁶. Recomenda-se que todo Caps possua um protocolo com as diretrizes que norteiam esse

processo e que esteja disponível para todos os profissionais, que devem participar diariamente, favorecendo, assim, a construção do vínculo, da corresponsabilização e da autonomia dos usuários¹⁶. Em pesquisa realizada no Caps de Pelotas (RS), observou-se que o acolhimento produz, de fato, efeitos positivos no cotidiano do serviço, apresentando-se como um organizador dos processos de trabalho ao provocar mudanças no modelo de atenção à saúde¹⁷. Porém, como parte da função do serviço, faz-se necessário que o perfil da demanda espontânea ou referenciada do serviço seja rotineiramente analisado para que, dessa forma, o Caps possa servir de apoio à construção da linha de cuidado em saúde mental na Raps.

Quanto ao conceito de reabilitação psicossocial, há uma diversidade de concepções que se constituíram ao longo do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Para Pitta¹⁸, a reabilitação psicossocial é um processo que facilita ao indivíduo, a despeito de suas limitações, mais autonomia na vida social e comunitária. Ao observar esse subcomponente, a dimensão estrutura na avaliação foi considerada um ponto crítico (GI 40,0%), podendo acarretar um não desenvolvimento pleno de iniciativas voltadas

à reinserção social dos usuários do Caps.

Estudos mostram os desafios para implantação de rotinas e atividades inclusivas nos serviços substitutivos, que precariza a atenção psicossocial. Azevedo e colaboradores¹⁹ demonstraram que as oportunidades permanentes de atividades externas vivenciadas em um Caps estavam aquém das reais necessidades dos usuários. Organizar um serviço que opere segundo a lógica do território é encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social²⁰.

O modelo de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários e de suas famílias na construção do PTS, e a incorporação da noção interdisciplinar²¹. Pensar sobre PTS em saúde mental é aproximar-se de um processo social complexo que abrange a reflexão de conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial²². A utilização de tal dispositivo pelo serviço foi considerada uma questão crítica, uma vez que foi observado que o PTS não é realizado com todos os usuários admitidos no serviço, o que pode sugerir que sua elaboração se dá apenas para os casos de maior gravidade. Considerando esse contexto da singularidade, é fundamental que o serviço fortaleça os espaços para atendimento individual aos usuários e familiares, além da realização de visitas domiciliares que possibilitem tanto uma aproximação com a realidade vivida pelos usuários como também permitem pensar em estratégias de cuidado que a comunidade possa oferecer²³.

No que se refere ao atendimento em grupos e oficinas terapêuticas, observa-se que o Caps dispõe de estrutura que favorece o desenvolvimento de tais atividades (GI 94,1%), embora na dimensão 'processo' esse subcomponente tenha sido considerado parcialmente implantado (GI 68,7%). O indicador 'percentual de famílias de usuários que participam de grupos terapêuticos', que obteve resultado de 35,7% no ano de 2018 (*quadro 3*), mostrou baixa adesão

das famílias nos espaços dos grupos terapêuticos. Sabe-se que as oficinas terapêuticas nos Caps possibilitam a projeção de conflitos por meio das atividades desenvolvidas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário e de seus familiares, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, além da expressão da subjetividade. Podem ser consideradas terapêuticas quando possibilitarem aos usuários dos serviços um lugar de fala, expressão e acolhimento²⁴.

Nesse sentido, estudo realizado em dois Caps de Natal, Rio Grande do Norte, demonstrou que os familiares entrevistados percebiam bem o papel e a importância das oficinas terapêuticas no cenário investigado, embora tenham levantado questões a serem consideradas, como o papel das atividades desenvolvidas nos serviços, que necessitam planejamento dinâmico. As atividades devem ser articuladas com os demais domínios do conhecimento profissional segundo as necessidades e as possibilidades dos técnicos, usuários e familiares, para que seja terapêutica; favorecendo a inventividade e a produção de existências subjetivas dos usuários. A execução de atividades desconexas das necessidades do usuário transforma-se na mesma ideia de atenção focada na clínica, da doença mental, em detrimento do desenvolvimento de potencialidades do sujeito psicossocial²⁵.

Com relação à atenção em situação da crise, este estudo mostrou que questões relacionadas à estrutura precisam ser melhoradas (GI 50,0%). O serviço não possui protocolo de atenção à crise, o que sugere que fica a cargo de cada profissional definir e desencadear a resposta mais indicada a cada caso. Embora o protocolo em saúde mental apresente limitações quanto à singularidade da atenção, facilita a comunicação entre os profissionais e orienta as práticas pelos pressupostos de evidências científicas²⁶. No tocante ao processo, o serviço vem desenvolvendo ações tais como o matriciamento com a atenção primária e com o serviço de urgência que podem ser consideradas um potencial no manejo da situação da crise no

território, pautada no modelo psicossocial. De acordo com Dimenstein²⁷, a realização do apoio matricial é capaz de, em alguns casos, evitar situações de crise ou abordá-las antes que se tornem mais graves, bem como evitar internações psiquiátricas arbitrárias.

No campo da gestão do Caps, tanto a estrutura como o processo foram considerados implantados (GI 83,3% e 85,6%, respectivamente). O serviço dispõe de protocolos e diretrizes que norteiam o processo de trabalho, além de realizar planejamento, monitoramento e discussão de casos. O único indicador da dimensão ‘processo’ que não foi satisfatório refere-se à realização de supervisão clínica no serviço, que, vale salientar, é um dispositivo muito importante na mudança da gestão do trabalho em saúde mental, uma vez que discute questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de atenção psicossocial²⁸.

Cartografia realizada em uma área programática do município do Rio de Janeiro mostrou os efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Raps. O referido dispositivo do cuidado contribuiu para ativar o sistema de regulação, ou seja, a rede de serviços em sua dinâmica acêntrica, funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa, bem como ativou a rede de usuários, trabalhadores e gestores que constroem coletivamente o cuidado e a gestão do cuidado no território²⁹.

A mobilização social e educação na saúde foram avaliadas na dimensão ‘estrutura’ como incipiente (GI 50,0%) e na dimensão ‘processo’ como implantada (GI 83,3%), o que revela que, mesmo com estrutura incipiente, o serviço consegue avançar nas atividades do movimento popular pela saúde mental, bem como no fortalecimento de espaços coletivos para analisar e refletir sobre as práticas profissionais, ambos de fundamental importância para a transição paradigmática do modelo asilar para o modo psicossocial³⁰.

Estudos mostraram ter sido possível reafirmar o potencial da educação permanente como constitutiva e qualificadora do processo de trabalho em saúde, contribuindo, em especial,

com os Caps ao indicar características que valorizem suas atividades. Um exemplo são as tecnologias de trabalho eficazes na qualificação da atenção à saúde prestada e que podem ser desenvolvidas no cotidiano dos diversos serviços de saúde mental, como um modo de resistência ao enfrentamento dos atuais desafios do Sistema Único de Saúde³¹.

Com relação aos indicadores de resultado, três deles estavam dentro do parâmetro de referência estabelecido e demonstraram coerência entre o GI e os efeitos, especialmente no que diz respeito ao processo. O fato de a estrutura do Caps II de Bezerros ainda apresentar algumas deficiências, elas não exerceram influência direta nos resultados. O indicador ‘número de casos de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços’ alcançou média 0,23; o ‘número de ações de matriciamento sistemático realizadas pelo com equipes de atenção básica’ alcançou média 1,25; e o indicador de ‘satisfação dos usuários’ atingiu média 4,3. A exceção se deu ao ‘percentual de famílias de usuários que participam de grupos terapêuticos’, com 35,7% indicando baixa adesão das famílias (*quadro 3*).

A satisfação dos usuários é um indicador útil de ser avaliado porque ele também pode influenciar aspectos importantes no tratamento. Além disso, serve para indicar até que ponto os tratamentos oferecidos e as condições dos serviços são socialmente aceitáveis³². Assim, a satisfação dos usuários do Caps II de Bezerros foi positiva e considerou aspectos referentes à disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento do psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e do médico, da participação dos usuários em grupos terapêuticos e das condições físicas e instalações.

Outros estudos já indicavam que a satisfação dos usuários de serviços de saúde mental está relacionada às questões de acesso, como a disponibilidade de serviços gratuitos, continuidade dos cuidados e isenção de custos com medicamentos. Entretanto, para que a proposta dos Caps ultrapasse esses critérios, além da garantia do acesso, é preciso que os

usuários se sintam acolhidos e satisfeitos, a fim de que possam construir junto com a equipe o PTS, respeitando sua subjetividade e a possibilidade de estabelecer vínculo com o serviço³³.

Algumas limitações foram observadas neste estudo, especialmente no que concerne à seleção de indicadores de resultado. A operacionalização de indicadores em saúde mental é tarefa que impõe desafios, uma vez que a tradição de indicadores nessa área é mais restrita quando comparada a outros campos da saúde³⁴. A indisponibilidade de indicadores e a ausência de um sistema de informação no serviço para a obtenção de informações confiáveis foram as maiores limitações deste estudo, sendo necessário recorrer a registros em livros e relatórios do serviço.

Conclusões

Os resultados obtidos neste estudo indicaram que a estrutura do serviço do Caps foi considerada parcialmente implantada, principalmente no que diz respeito à atenção em situação de crise, reabilitação psicossocial e mobilização social e educação na saúde, que são questões importantes para a consolidação do modelo de atenção psicossocial. A baixa disponibilidade de transportes para os profissionais do serviço dificulta a continuidade da realização de ações no território, bem como a realização de atividades extramuros com os usuários.

As diretrizes da Raps reforçam a necessidade da autonomia dos usuários para o exercício da cidadania, e o ambiente onde eles podem exercer essa função é justamente a comunidade, em contato com instituições, grupos organizados e pessoas com as quais convivem³⁵. O baixo investimento em formação continuada dos profissionais, bem como a baixa adesão e participação em eventos de discussão da saúde mental também dificultam a consolidação do modelo de atenção.

Apesar de reconhecidos os avanços da política de saúde mental no Brasil, seja no aumento da oferta dos serviços substitutivos,

na transferência de gastos realizados no atendimento comunitário, na melhoria da qualidade de vida de usuários e familiares ou na desconstrução gradativa do estereótipo da loucura³⁶, este estudo demonstra que ainda persistem problemas estruturais e no processo de trabalho.

Avançando gradativamente em cada região, a implantação e o funcionamento do Caps passam muitos desafios. No entanto, é fato que somente construir uma infraestrutura diferente do manicômio, com todo um arsenal de trabalho em grupo, oficinas terapêuticas diversas, e operar mudanças legais no cenário da saúde mental não são o bastante. É nos processos de cogestão, atuação em rede, qualificação contínua e suporte mútuo que os gestores encontram possibilidades de lidar com as adversidades e construir soluções, uma vez que o campo da saúde mental possui peculiaridade no seu fazer que o torna distinto de outras práticas de saúde³⁷.

Faz-se necessário investir nos profissionais de saúde e em uma nova forma de cuidado e assistência comunitária, pois esses profissionais atuam no transcurso da Reforma Psiquiátrica, mas desconhecem sua existência e não contemplam a discussão em sua formação, cujo fazer cotidiano coloca a necessidade de um trabalho interdisciplinar, de formas plurais de intervir e cuidar do sujeito com transtorno mental.

Diante das dificuldades encontradas, sugere-se que o serviço amplie o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território e que visem a promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares e que, para superar os desafios estruturais, captem recurso financeiro de custeio do governo federal.

Contudo, ressalta-se que a utilização de informações oriundas apenas da avaliação feita pelos profissionais poderia conduzir, segundo Perreault e colaboradores³⁸, a uma deterioração da qualidade e da pertinência das informações. Assim, optou-se pela inclusão do indicador de satisfação do usuário, e, a partir de duas perspectivas diferentes e complementares, se

chegar a uma avaliação mais completa e mais ampla dos efeitos e da qualidade do serviço.

Avaliar sistemática e amplamente os resultados advindos desse processo de reforma assistencial em saúde mental torna-se importante no sentido de reforçar os acertos e corrigir as deficiências, bem como de subsidiar novos processos políticos decisórios. Fazer isso por meio de pesquisas avaliativas em saúde, que sigam minimamente os padrões esperados de utilidade – fornecimento de dados relevantes e necessários – e acurácia – serem capazes de informar validamente sobre o mérito das práticas e processos avaliados –, além de terem exequibilidade e condução ética, parece ser o melhor caminho³⁹. Espera-se, portanto, que este estudo, somado aos demais já publicados, contribua para o reconhecimento da importância dos processos avaliativos dos Caps.

Colaboradores

Silva GM (0000-0002-4086-1767)* realizou a coleta e análise dos dados, participou da concepção e planejamento do estudo, redação do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. Felisberto E (0000-0002-2316-2251)* participou da concepção e planejamento do estudo e colaborou na redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Samico I (0000-0002-8338-7946)* participou da concepção e planejamento do estudo e colaborou na redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Albuquerque AC (0000-0001-6305-4127)* participou da análise dos dados, concepção e planejamento do estudo, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genebra: WHO; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: MS, 2008.
- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro; 2001.
- Pitta A. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J bras Psiquiatria*. 1994; 43(12):647-655.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: MS, 2015. (Cadernos HumanizaSUS – V. 5, Saúde Mental).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS; 2004.
- Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(12): 4685-4694.
- Bessa M, Azevedo DC, Filho JD. Assistência de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial: avaliação na perspectiva profissional. *JONAH*. 2016; 6(2):279-86.
- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Brousselle A, Hartz Z, et al., editores. Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-238.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. 19 Fev 2002. [acesso em 2021 jan 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
- Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Arbor A, organizador. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 3-31.
- Denzin NK, Lincoln Y. The discipline and practice of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln Y, organizadores. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 1-28.
- Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco; 2001. p. 167-176.
- Brognoli FF, Rodrigues J. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. *Cad bras Saúde Mental*. 2014; 6(13):61-74.
- Scheibelb A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *RBSP*. 2011; 4(35):966-983
- Pitta A. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 19-26.
- Azevedo DM, Silva GWS, Miranda FAN, et al. Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social

- em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Rene*. 2019; 8(20):335-337.
20. Amorim AKMA, Severo AKS. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev. Interinstitucional de Psicologia*. 2019; 12(2):282-299.
 21. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(4):849-59.
 22. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
 23. Reisdorfer E, Cardoso L, Pereira SS, et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. *Sau. & Transf. Soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2020 fev 4]; 91-95. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100014.
 24. Thofehrn MB, Andrade APM, Carvalho LA, et al. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. *SMAD* [internet]. 2016 [acesso em 2020 fev 5]; 147-153. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-9762016000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 25. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc. Anna Nery*. 2011; 15(2): 339-345.
 26. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
 27. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface*. Butucatu. 2016; 20(58):625-35.
 28. Onocko Campos RT, Severo AKS, L'Abbate S. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface Comum Saúde Educ* [internet]. 2014 [acesso em 2020 jan 18]; 545-556. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-328320140003000545&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 29. Oliveira JAM, Passos E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. *Polis e Psique*. [internet]. 2012 [acesso em 2020 jan 18]; 171-187. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40326>.
 30. Pegoraro RB, Rabelo IVM, Zanini DC, et al. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. *Rev. Psicol. Saúde*. 2015; 7(2):161-167.
 31. Pinheiro MCC, Hypólito ALM, Kantorski LP. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. *J. nurs. health*. 2019; 9(2):199-203.
 32. Ruas CM, Lima MG, Silva SN. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(11): 3799-3810.
 33. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*. 2015; 15(4):529-540.
 34. Campos RTO, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 22(5):1053-1062.
 35. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto contexto enferm*. 2009; 18(1):131-39.
 36. Campos Onocko RT, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate*. 2017; 41(11):71-83.
 37. Pitta AMF, Lancman S, Kinoshita RT, et al. Determi-

nantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J bras Psiquiatr.* 1996; 44(9):441-452.

38. Perreault M, Katerelos TE, Sabourin E, et al. Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2001; 14(3):111-20.

39. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 1999; 4(2):341-353.

Recebido em 27/02/2020

Aprovado em 03/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa?

Drug abuse and care offer in the Psychosocial Care Network: what does the user think?

Milena Vitor Gama Duarte¹, Gabriela da Silva Barros¹, Barbara E. B. Cabral¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012715

RESUMO O estudo pretendeu compreender como usuários do Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (Caps AD III) de Petrolina (PE), com experiência de internação em comunidades terapêuticas, avaliam as propostas terapêuticas desses dois tipos de dispositivos. Para tanto, buscou-se conhecer suas experiências de cuidado e analisar as possíveis convergências e divergências quanto às ofertas terapêuticas, valorizando-se seus pontos de vista. Tratando-se de pesquisa qualitativa, com intuito avaliativo, a entrada em campo ocorreu na perspectiva da cartografia, recorrendo-se à ferramenta usuário-guia, com definição de dois interlocutores, além da escrita de diários cartográficos. Os resultados foram circunscritos com respaldo na metodologia de relatos orais, destacando-se cinco eixos interpretativos: 1. compreensões sobre lógica de cuidado na perspectiva de usuários; 2. burocratização e protocolização da produção de cuidado; 3. medicalização nos dispositivos de cuidado; 4. cuidado *versus* controle; e 5. uso de substâncias psicoativas e questões de gênero. Visando contribuir para a análise do impacto da Política Nacional de Saúde Mental em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial no semiárido nordestino, o estudo visibilizou a importância de processos avaliativos permanentes, com ênfase no protagonismo de usuários/as, apresentando efeitos do processo de Reforma Psiquiátrica na região e caminhos possíveis para seu fortalecimento.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Redução do dano. Pesquisa sobre serviços de saúde. Liberdade.

ABSTRACT *The study aimed to comprehend how users of a Psychosocial Care Center – Alcohol and Drugs (Caps AD III) in the city of Petrolina (PE), also having experienced hospitalization in therapeutic communities, evaluate the therapeutic proposals of the two types of service. Therefore, their care experiences were taken for analysis, valuing their points of view and considering the possible convergences and divergences between the therapeutic offers. It was a qualitative research, with evaluative purpose. The fieldwork occurred from the perspective of cartography, using the user-guide tool, with the definition of two interlocutors. Data analysis was supported by the methodology of oral reports, indicating five interpretative axes: 1. users' comprehension of the care logic; 2. bureaucratic and protocolized production of care; 3. medicalization in care devices; 4. care versus control practices; and 5. drug abuse and gender issues. In order to contribute to the analysis of the impact of the National Mental Health Policy on devices of the Psychosocial Care Network in the northeastern semi-arid, the study showed the importance of permanent evaluation processes, emphasizing the role of users, presenting effects of the Psychiatric Reform process and possible ways to strengthen it.*

KEYWORDS *Mental health services. Harm reduction. Health services research. Freedom.*

¹Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) – Petrolina (PE), Brasil.
milenvgduarte@gmail.com



Introdução

A questão de pesquisa situada: uso de drogas e política de saúde mental no Brasil

Por meio de discussões ocorridas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, foi afirmada a necessidade da criação

de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, integrada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas¹⁽⁶⁰⁾.

Em 2003, o Ministério da Saúde² anunciou a Política para a atenção integral a usuários/as de álcool e outras drogas, em que se responsabiliza pelo desafio da prevenção, do tratamento e da reabilitação dessas pessoas, compreendendo a temática enquanto uma questão de saúde pública². Mais recentemente, o Decreto nº 9.761³, de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas, assume a manutenção das pessoas abstinentes em relação ao uso de drogas³ como objetivo da assistência, remove o lugar da Redução de Danos (RD) como política oficial e redireciona o foco para as Comunidades Terapêuticas (CT)⁴.

Assim, abandonando quaisquer perspectivas moralizantes, é necessário compreender o conflito histórico entre o paradigma da RD e a política antidrogas, que se sustenta na abstinência. Essa política proibicionista remete a

uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível⁵⁽¹⁵⁷⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), forjada no seio do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), consolida-se como política de Estado, tendo

como principais marcos legais a Lei nº 10.216, de 2001⁶, conhecida como Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica, e a Portaria nº 3.088, de 2011⁷, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Em sua implementação, a PNSM incorpora o paradigma de RD.

No entanto, nos últimos tempos, enquanto o número de leitos em hospitais psiquiátricos teve forte queda, as CT cresceram em quantidade⁸ – as quais foram inseridas na Raps via Portaria nº 3.088/2011⁷, no componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório. Ofertam cuidados contínuos, por até nove meses, para adultos com necessidades decorrentes do uso de drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), incluindo a modalidade álcool e drogas III (Caps AD III), são serviços de caráter aberto e comunitário e, no caso do Caps AD III, ofertam serviços de atenção contínua (24 horas), retaguarda clínica e acolhimento noturno a pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas.

Importa destacar que as mudanças impostas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, por meio da Portaria nº 3.588/2017⁹, publicada sem diálogo com movimentos sociais em defesa da RPB em curso, demandam análise aprofundada e permanente. Esta pesquisa, vinculada ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde do Sertão do Submédio São Francisco, que integra a Rede Nacional de Observatórios de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, busca contribuir para esse necessário debate, aprofundando a compreensão sobre a produção de cuidado a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, tomando por base os marcos legais destacados – a Lei nº 10.216/2001⁶ e a Portaria nº 3.088/2011⁷.

Nesse panorama, o estudo pretendeu compreender como usuários do Caps AD III de Petrolina (PE), com experiência de internação em CT, avaliam as propostas terapêuticas desses dois tipos de dispositivos. Para tanto, buscou-se conhecer suas experiências de cuidado e analisar as possíveis convergências e divergências quanto às ofertas terapêuticas,

valorizando-se seus pontos de vista. Tal ênfase se justifica pelo reconhecimento de que é aos/às destinatários/as das ofertas terapêuticas, tomados como atores sociais, que mais interessa uma política de saúde mental que responda às suas necessidades de saúde.

Material e métodos

O caminho guiado pela questão de pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo¹⁰, respaldada na perspectiva da inserção cartográfica¹¹. No que tange aos/às interlocutores/as da pesquisa, foi utilizada a ferramenta usuário-guia, compreendida como o relato da produção de cuidado com um usuário que percorre os serviços das Redes de Atenção à Saúde – nesse caso, a Raps – para o atendimento às suas necessidades, possuindo as características de um caso que demanda muitas redes de cuidado e a necessidade de reinvenção das intervenções em saúde mental¹².

A definição de usuários tomados como guia se deu mediante indicação inicial de alguns nomes pela equipe do serviço, cujos prontuários foram posteriormente analisados, para a confirmação dos critérios de inclusão e exclusão, tendo em vista a caracterização de um usuário-guia. Foram também considerados os dias de presença no serviço, de modo a facilitar os encontros. Assim, foram definidos dois usuários, uma mulher e um homem, com idade superior a 18 anos, vínculo institucional de cuidado com Caps AD III de Petrolina (PE) e histórico de internação em CT. A proposta de pesquisa foi apresentada a esses usuários e, a partir de seu aceite em colaborar como interlocutores/as, foram combinados encontros, em que o fio condutor era tecido por suas narrativas.

A ferramenta usuário-guia permite valorizar, sobretudo, os diversos encontros produzidos a partir do acompanhamento dos/

as usuários/as definidos/as: com os/as trabalhadores de saúde, familiares e amigos/as indicados por eles/as, mas, principalmente, a partir das narrativas de si mesmos. Portanto, as fontes que constituíram a matéria-prima desse estudo foram diversas, incluindo, além das narrativas dos/as usuários/as, de seus familiares e amigos/as, indicados/as pelos/as usuários/as, as narrativas dos/as profissionais de saúde, a consulta a prontuários e outros documentos do serviço e escrita de diários cartográficos.

Como indicado, a entrada em campo ocorreu na perspectiva da inserção cartográfica, que privilegia a construção de metas a partir do que vai sendo produzido no percurso¹¹. Assumiu-se, assim, que a produção de compreensões sobre um fenômeno ocorre pelas e nas relações estabelecidas entre pesquisador/a e campo. Assim, foi fundamental recorrer à escrita de diários cartográficos para registro do processo de pesquisa, incluindo notas, observações, fragmentos narrativos, percepções da realidade, sentidos produzidos, inquietações, afecções, enfim, tudo o que brotou e se destacou a partir do que foi vivido em campo.

No contexto da imersão cartográfica, os encontros se respaldaram na metodologia de relatos orais, pela colheita de narrativas^{13,14} por meio de entrevistas individuais abertas, que tiveram o formato de conversas, ocorrendo do modo mais fluido possível, sendo gravadas em áudio, formato mp3, mediante consentimento dos/as interlocutores/as, com posterior transcrição integral. As narrativas produzidas trouxeram à cena o/a usuário/a em seu trânsito na vida, ao mesmo tempo em que apresentaram questões relacionadas com o processo terapêutico e expressaram os sentidos tecidos na experimentação do cuidado, constituindo uma porção significativa da matéria-prima tomada para análise.

Para o processo interpretativo do que foi colhido, recorreu-se à análise microvetorial – ou multidimensional¹⁵, compreendendo-se a produção de cuidado enquanto fenômeno complexo, que requer uma abordagem que

coloque em diálogo os diferentes olhares nela envolvidos. Dessa maneira, propor uma análise vetorial “é procurar captar o agir e intencionalidade destes agentes quando se movem no jogo social desta produção”¹⁵⁽⁵⁾, partindo da compreensão de que as ações de cada agente terão repercussões nos demais agentes do sistema, sejam gestores/as, trabalhadores/as e/ou usuários/as.

Nesta pesquisa, foram desenvolvidas atividades relativas ao vetor que se refere ao impacto das normas nas trajetórias existenciais dos usuários, estando em destaque, no caso, a Lei nº 10.216/2001⁶ e a Portaria nº 3.088/2011⁷. Partiu-se do pressuposto de que, a partir das leis e dos respectivos direitos e deveres por elas propostos, as trajetórias em busca de cuidado de usuários/as com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas serão agilizadas, melhoradas e simplificadas¹⁵; contudo, efeitos contrários ao desejado também podem ser produzidos.

A metodologia de relatos orais também respaldou tanto a colheita quanto a análise, uma vez que privilegia a compreensão do sentido desvelado nos encontros, articulando experiência e narrativa¹⁴. No processo de análise do que foi colhido, foram realizadas leituras atentas das transcrições das conversas e dos diários cartográficos. Em um processo artesanal de compreensão do *corpus*, foram delineados cinco eixos interpretativos, com atenção à correspondência aos objetivos da pesquisa.

Houve um cuidado quanto ao cumprimento dos aspectos éticos, estando o estudo vinculado ao projeto guarda-chuva intitulado ‘Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde do Sertão do Submédio São Francisco: Análise microvetorial do impacto da Política Nacional de Saúde Mental em Petrolina-PE’, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CAAE: 67045917.5.0000.5196, parecer: 2.480.652), tendo como parâmetro a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Compreensões tecidas nas trilhas de usuários/as tomados como guia

No que diz respeito aos dois interlocutores do estudo, optou-se pela utilização dos pseudônimos Rebeca e André. Coincidentemente, ao serem perguntados sobre outras pessoas com quem se poderia conversar sobre a história deles, cada um indicou a própria mãe como fonte, além de outro usuário do Caps e um profissional do serviço.

Com 30 anos de idade, Rebeca tem uma filha de 8 anos. Havia sido admitida no Caps em 2016, com queixa relacionada com o uso abusivo de álcool associado à depressão, por meio de um encaminhamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Já havia sido acompanhada no Caps II do município.

Rebeca relata que passou por uma interação de três meses em uma CT, da qual saiu mediante fuga. Sua história abrange tentativas de suicídio, passagem pelas ruas e conflitos familiares. Afirmou ter encontrado no serviço um tripé de sustentação: os grupos, o acompanhamento psicológico e a medicação. Entre suas estratégias de cuidado, destaca a escrita de diários, com trechos redigidos no dia a dia em momentos em que se encontrava mobilizada por algum acontecimento. Rebeca relata a importância do processo de pesquisa para ela, como destacado no fragmento narrativo: *“muitas vezes eu preciso me sentir como eu tô me sentindo agora, sendo protagonista da minha história”*.

Já André tem 41 anos de idade e, entre vários afastamentos e readmissões, é usuário do Caps AD III há 11 anos. Em seu prontuário, consta que é de cor parda, de religião evangélica, que experimentou álcool pela primeira vez aos 8 anos de idade e, aos 12, começou a beber nos finais de semana, por 3 dias seguidos. Nos encontros de pesquisa, relata estar afastado da prática religiosa por se sentir julgado. Começou a fazer uso de tabaco aos 13 anos de

idade, de maconha, aos 15 e, de cocaína, aos 20 anos de idade. Existe o registro de problemas relacionados com o uso abusivo de substâncias, como a separação conjugal e a perda do trabalho – exercia a função de mototaxista. Após esse último fato, resolveu tentar reconstruir a vida em um município do estado de Minas Gerais, onde se envolveu com uma mulher casada e que, anos mais tarde, entrou em contato com ele, informando que havia gerado uma filha do relacionamento deles. André, contudo, afirma ter dúvidas da paternidade da adolescente.

Relata que passou por uma internação de quatro meses em uma CT, da qual saiu após não conseguir se adaptar às regras impostas. À época do estudo, residia com a mãe, e sua maior queixa se referia à ansiedade causada pela ociosidade.

Eixo 1 Compreensões sobre lógica de cuidado na perspectiva de usuários

Neste primeiro eixo, foram destacadas as compreensões sobre RD e abstinência, na perspectiva dos usuários. No processo de cartografia da produção de cuidado, surge, em comum, nas concepções sobre a RD apresentadas, a associação com a redução do uso, em que lançam mão de diferentes estratégias. André destaca: “*Redução de danos é evitar. Quanto menos, melhor. Quanto mais saber usar, uma bebida, por exemplo na ocasião certa, no momento certo*”. Rebeca indica:

[...] ultimamente eu tenho feito uso, vamos dizer, de duas cervejas, mas só [...] pra me deixar um pouco animada [...] Eu não bebo mais pra me embriagar, pra ficar à margem da sociedade.

Essa conceitualização traduz princípios do paradigma de RD de modo simples: diminuir o efeito nocivo do consumo de drogas, sendo, portanto, uma ampliação da vida e operando na contramão de práticas instituídas na ordem predominante¹⁶.

Em relação aos efeitos da RD em seu processo terapêutico, Rebeca ressalta a importância dessas estratégias para a sua inserção social:

[...] é muito importante, porque aí eu começo a voltar à vida social, eu conquisto a confiança das pessoas que tão ao meu lado, família e amigos próximos.

André destaca a RD como algo que potencializa uma relação mais saudável com o uso de substâncias psicoativas, por meio da reflexão sobre o próprio uso, conforme aponta em seu relato: “*Porque quando eu entrei aqui, eu usava bastante, e depois vai abrindo mais a nossa mente, com o redutor de danos*”.

No Caps AD, a RD vai além das estratégias de redução direta do uso da substância, como exemplificado no trecho do diário cartográfico da pesquisadora 1:

o Caps estava recebendo uma roda de capoeira, que entendi que tinha sido puxada pelo redutor de danos, o mesmo que há um tempinho atrás estava levando reflexões sobre justiça social.

Essa proposta se conecta com a proposta de clínica ampliada, uma vez que se reconhecem os limites e fronteiras do campo da saúde, ampliando-se o repertório de intervenção clínica para além de um modelo técnico-assistencial ancorado na biomedicina¹⁷. Assim, “a ampliação do foco permite atender demandas para além dos problemas relacionados diretamente ao uso de drogas em si mesmo”¹⁸⁽¹⁴³⁾.

André se refere ao desejo de chegar à abstinência, destacando um interesse de interromper o uso: “*Totalmente! [...] é melhor evitar o primeiro gole [...]. Se segurar... pra não cair em recaída*”. Rameh-de-Albuquerque¹⁹ ressalta que alguns/as profissionais podem utilizar a RD tendo a abstinência como horizonte e problematiza o uso recorrente no campo do termo “*recaída*”. No que concerne à “*recaída*”, Rebeca define como “*enfiar a cara na cachaça mesmo... beber em excesso, beber pra perder o controle do que tá fazendo... pra fazer coisas que em sã consciência você não faz*”. Ela diferencia isso do uso controlado, que ela associa à estratégia de RD, como aponta no seguinte fragmento:

[...] no caso do uso controlado... é a questão de eu beber a primeira dose e saber que eu só posso beber três... ou que, em vez de eu beber a cachaça, eu tomar a cerveja; então, assim, isso tá relacionado à redução de danos.

É importante salientar que a recaída pode ser compreendida como “um retorno a beber ou usar outras drogas depois de um período de abstinência, muitas vezes acompanhada de reintegração de sintomas de dependência”²⁰, remetendo à falha. Assim, compreende-se o conceito de “recaída” como inadequado a partir da perspectiva de RD, respaldada nos Direitos Humanos (DH) e no respeito à liberdade das pessoas, defendendo-se um contraponto a essa concepção, em alinhamento à proposta da recursividade¹⁹ como uma abordagem mais promissora do fenômeno, do ponto de vista terapêutico. Tratar-se-ia do reconhecimento do desafiante processo de lida com um uso prejudicial de substâncias, prenhe de tensões, por estar situado em um dado contexto existencial. Desse modo, valoriza-se um “movimento inerente a todos os seres vivos, impulsionando-os para mudanças em seu próprio sistema ou na interação com outros sistemas”¹⁹⁽²²⁾.

Sobre as relações entre os usuários do Caps, aparece um discurso culpabilizador e normativo, exemplificado na fala da mãe de André, que faz uma interpretação moralista acerca da abordagem não proibicionista do Caps: “[...] tem gente que aqui dentro mesmo usa, aqui mesmo, aqui mesmo, aí vem e não fica bom nunca”. O fragmento indica uma ideia de ‘cura’ atrelada à abstinência e à proibição do uso, indo de encontro ao conceito de RD, o qual, apostando na construção de vínculos, não toma o consumo de substâncias como um problema em si²¹. A mãe de Rebeca faz uma queixa parecida, relatando que a filha “*deu muito trabalho no começo porque se envolvia com o povo daqui, tinha alguém que dava bebida a ela na rua, na hora que saía... e ficava pelas ruas*”.

Os interlocutores confirmam a existência desses modos de relação entre os usuários do Caps AD III. André, por exemplo, diz que,

no serviço, “[...] um bate a abstinência e fica falando para o outro ‘vou beber, vou beber, tô com vontade de beber’, aí um vai lá e chama o outro”. Um amigo de Rebeca, ao ser entrevistado junto, em sua companhia, relata que os dois se conheceram quando “*ela trazia muita cachaça aqui pra porta, eu era de uns que bebia junto com ela*”. Rebeca, descrevendo outro viés para a relação entre os usuários, enfatiza:

é um processo pra reduzir os danos também, e a cada grupo que a gente participa, através de relatos de outras pessoas ou do nosso próprio, a gente faz uma reflexão do que é viável, do que é melhor pra mim.

Eixo 2 Burocratização e protocolização da produção de cuidado

Este eixo se refere, principalmente, à reprodução de práticas profissionais engessadas no contexto do Caps AD III, que se relaciona a uma espécie de rigidez mecânica, em rota de colisão com o ideário da RPB e distanciada das necessidades concretas de usuários da Raps. O fragmento narrativo de André sustenta essa compreensão:

Tem uns psicólogos aqui [...] parece que as funções dele é estar com o computador. Quando eu chamo eles pra conversar, eu percebo que eles têm outros afazeres, como quem tá numa pressa pra ouvir, pra me ouvir logo... e ir logo lá pra fazer outros afazeres...

Os serviços de atenção psicossocial precisam garantir que quem os usa seja escutado, relatando suas dificuldades, medos e expectativas. Assim, é de suma importância que vínculos afetivos e profissionais sejam estabelecidos, que usuários/as se percebam escutados/as e cuidados/as e sintam a equipe efetivamente comprometida e atenta aos seus problemas²².

Lancetti²³ discute a centralização do Caps em si como um significativo obstáculo ao

cuidado, revelando pouca abertura para a dimensão territorial e existencial de usuários/as. Tal aspecto contribui para um processo de cronificação – do serviço, das práticas, das relações –, obrigando os/as usuários/as a se adaptarem às ofertas rigidamente impostas. Com relação a isso, é importante evidenciar os achados sobre a institucionalização dos/as usuários/as no Caps, conforme o narrado em um dos diários cartográficos da pesquisadora 2, que fez referência ao processo de definição dos interlocutores da pesquisa:

O profissional nos disse que os usuários do Caps nunca deixariam de ser do Caps, o que me levou a reflexões acerca do estigma por trás disso e da ideia de uma dependência crônica do serviço que, ao meu ver, prejudica o desenvolvimento da autonomia.

Rebeca também faz algumas reflexões sobre esse processo:

[...] principalmente por ter pessoas aqui com mais de cinco anos, eu penso que o serviço entende que é terapia pro resto da vida, e não com prazo de validade, com prazo pra terminar.

Outro fragmento narrativo seu reforça o questionamento dos processos de cuidado:

se a gente ficar muito tempo, não é interessante, talvez seja por isso que os governantes não dão credibilidade ao Caps, porque de 100%, vê melhora em 2%.

Sobre isso, destaca-se que a aproximação com os/as profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo organizador da Atenção Primária à Saúde, poderia apoiar o enfrentamento da cronificação, considerando a sua inserção no território²³, pela ampliação dos projetos terapêuticos singulares.

Eixo 3 Medicalização nos dispositivos de cuidado

No que se refere ao uso de medicamentos no contexto da produção de cuidado, as

experiências narradas pelos interlocutores revelam aspectos coincidentes, que refletem esta como a principal estratégia terapêutica. André, avaliando a atuação de um profissional do Caps, destaca: “[...] esse médico aí quer só passar remédio forte pra pessoa”. Em outro momento, relata:

Na maioria das vezes, eu interrompo o tratamento justamente por causa disso mesmo... Eu tava tomando uns medicamentos muito fortes, aí eu decidi parar por minha conta própria.

Ao se referir à experiência na CT, André enfatiza novamente o fato de ter diminuído o uso de medicação sem indicação médica: “Por conta própria, sabe? Para eu não ficar muito grogue, para eu não ficar dormindo muito, porque eu tava dormindo e não via nada”.

Essas narrativas indicam a importância de refletir sobre o fenômeno da medicalização, que inclui, ao mesmo tempo que transcende, o uso excessivo de medicamentos. Remete à lógica de interpretar problemas complexos, cujas raízes são diversas, como fatos médicos, clínicos e objetivos²⁴. Cabe, ainda, atentar a um dado exercício de autonomia, pelo usuário, no uso do medicamento prescrito.

André, ao se referir aos efeitos colaterais dos medicamentos, realça o fato de ficar “grogue”:

Grogue pra mim... a pessoa fica fora do real, [...] fica drogado. É a mesma coisa de tá drogado. A mesma coisa não, a pessoa fica drogado, porque deixa de usar uma droga, para tomar outras, que é o medicamento, é uma droga.

Rebeca, ao retomar a vivência na CT, aproxima-se dessa perspectiva, ao relatar: “[...] lá no centro de recuperação não era possível fazer uso, só que a gente... a gente fazia uso de coisas piores, que era as medicações”.

A cartilha intitulada ‘Tratamento da Dependência Química: Conceitos e Abordagens’²⁵, proposta pela Confederação Nacional de Municípios, destaca que o fármaco é usado em conjunto com outros tratamentos

e age sempre em aversão à droga, substituindo os efeitos da substância e tratando os sintomas da abstinência²⁵. No âmbito da produção de cuidado em saúde mental, é fundamental considerar a complexidade existencial em que o uso de drogas se insere, sendo o medicamento tão somente um dos vários recursos.

Eixo 4 Cuidado *versus* Controle

Em relação ao cotidiano nas CT, os dois usuários destacam a relação com as regras do serviço, enxergadas de maneira negativa, como pode ser exemplificado nos seguintes fragmentos: “*Lá é cheio de regra, até demais... Tudo tem que ter regra, mas lá já passa fora... já passa dos limites*” (André); e

[...] fiquei lá três meses, me revoltando, me entristecendo, me angustiando, sem ter nem a liberdade de falar o que eu queria, o que eu pensasse... cumprindo ordens, seguindo regras. (Rebeca).

Além do destaque às regras, Rebeca ressalta que, na CT, não havia espaços de lazer: “[...] nós éramos obrigados a cumprir as normas e nenhuma delas envolvia lazer”. Isso se alinha ao apontado no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas⁸, de que os dispositivos vitoriosos seguem uma rotina rígida, em que as características, as necessidades e as trajetórias individuais não são consideradas, sendo raras as atividades de lazer e, quando autorizadas, são de cunho religioso.

O aspecto religioso também foi destacado pelos interlocutores, que destacaram que a maioria das atividades ofertadas tinham esse caráter. Sobre isso, André faz uma avaliação positiva: “*De manhã a gente fazia oração, de tarde tinha ensinamento bíblico, de noite tinha culto, todo dia, todo dia tinha culto. Já isso aí eu achava bom*”.

Rebeca também faz referência às atividades de cunho religioso, como no seguinte fragmento narrativo: “[...] *lá tinha mais a questão da religião, da pregação do evangelho,*

de estudar os provérbios, de limpar a casa, era muito chato!”. É muito comum que as CT utilizem a evangelização e a conversão religiosa como as principais formas de recuperação e de reabilitação de usuários de drogas, por meio de um modelo de tratamento centrado na oração e na abstinência²⁶.

Por outro lado, a partir da divergência nas avaliações do mesmo item pelos interlocutores, cabe uma reflexão sobre a demanda de reconhecimento e respeito a singularidades, inclusive de crenças religiosas e/ou espirituais. Contudo, dado o caráter laico que serviços de atenção à saúde precisam preservar, a oração ou quaisquer atividades de cunho religioso não podem compor uma prescrição terapêutica, podendo se caracterizar como uma indicação de recurso de autocuidado, a partir das referências de cada sujeito, jamais sendo imposto. Destaca-se, curiosamente, a percepção positiva de Rebeca acerca da relação construída com a fé dentro da CT:

[...] sem a religião, sem Deus, não sou nada, então a religião lá influenciou bastante pra que eu frequentasse igreja, pra que eu lesse a Bíblia, porque eu não tinha esse hábito antes. Me ajuda bastante, principalmente no momento de abstinência, de apuros, sentimentos de angústia, aí quando eu vou ler a Bíblia, isso ali me dá uma melhora significativa.

Em relação ao questionamento crítico do uso de fundamentos religiosos nas CT, importa realçar que o embasamento de ofertas terapêuticas em práticas e preceitos religiosos pode se configurar como uma violação de direitos, pois é crucial partir do pressuposto de que as pessoas não necessariamente partilham da crença em tela, de modo que o procedimento pode se caracterizar como doutrinação, e não produção de cuidado. Assim, ressalta-se que

[...] dado que tratamento para transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas é um processo de cuidado em saúde, as bases que o regem não devem ser religiosas, mas laicas. Devem nortear a atenção à

saúde o conjunto de práticas e de princípios profissionais que orientam o atendimento na área, especialmente quando se trata de atendimentos referendados ou subsidiados pelo Estado, com recursos públicos⁸⁽⁷⁹⁾.

Comparando o modelo terapêutico ofertado pelos dois tipos de serviços, André enfatiza que, na CT, há um distanciamento do contato com a família: “[...] além de a gente não poder sair, a gente não pode fazer uma ligação”. O usuário relata que sentia muita ansiedade quando estava sob essa forma de tratamento e, comparando os dois serviços, parece indicar sua preferência pelo Caps, salientando: “[...] é livre, né? Você tá livre e lá tá preso, é a diferença... você tá fora da sociedade”.

Rebeca fala sobre um dos maiores pontos de ancoragem da atenção psicossocial – o cuidado em liberdade:

[...] no caso, a liberdade de expressão que a gente tem, pra mim, é uma forma de lazer, a liberdade de escolha também, eu posso escolher o dia que eu quero vir.

Em sintonia a isso, o 12º registro em diário cartográfico da pesquisadora 2 cita as palavras do amigo de André sobre o Caps, encerrando com a seguinte frase: “[...] aqui você tem liberdade de sair”.

Aposta-se na atenção psicossocial, compreendendo que ela promove integralidade e continuidade do cuidado e produz transformações nas realidades sociais em defesa do cuidado em liberdade, da equidade, do respeito às diferenças, da ampliação da autonomia e da garantia de direitos humanos e de cidadania²⁷. Nesse sentido, acredita-se que o conceito de liberdade não pode estar exclusivamente relacionado com o serviço ser aberto ou fechado, mas com o “exercício da libertação das práticas de cuidado, diretamente ligado à relação que se estabelece entre as pessoas”²⁸⁽¹⁰⁰⁾.

Eixo 5 Uso de substâncias psicoativas e questões de gênero

Este eixo se configurou em função das especificidades do ser mulher nos serviços da Raps, que surgiram na produção narrativa de Rebeca, possibilitando levantar reflexões acerca da existência de possíveis barreiras e de estratégias de cuidado que não consideram as necessidades singulares do gênero feminino.

Com relação à sua entrada no Caps AD III, Rebeca expõe:

[...] quando eu cheguei aqui, eu me senti fora... eu me senti de uma certa forma excluída, porque a maioria dos pacientes são do sexo masculino, são homens.

Além disso, a usuária relata:

[...] quando eu cheguei aqui, eu fiquei com muita vergonha, assim... Será que só eu, mulher, no mundo, que sou problemática? Eu pensei, né? E aí eu fiquei triste, deprimida, assim, pelos cantos, eu só vivia pelos cantos.

O conceito de gênero pode ser compreendido como uma construção sócio-histórica, que constitui as relações sociais baseadas nas diferenças entre homens e mulheres, sustentando-se em símbolos, conceitos normativos e instituições, os quais estabelecem o significado de masculinidade e feminilidade e os papéis sociais aceitáveis ou não para homens e mulheres²⁹. A partir dessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher³⁰ aponta que “mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte”³⁰⁽¹³⁾.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, destaca-se que as mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas são duplamente estigmatizadas: por fazerem uso de drogas e não se enquadrarem nos papéis estabelecidos pela sociedade³¹. Esse processo de estigmatização

com que se deparam em suas andanças pela vida pode justificar uma predisposição a uma demora na busca por cuidado assim como ao abandono precoce do tratamento³².

Assim, aponta-se a importância de considerar possíveis barreiras na produção de cuidado de mulheres que fazem uso/abuso de substâncias psicoativas ao não se dar relevo à incorporação da perspectiva de gênero no planejamento das ações de saúde nesse contexto.

Conclusões

Ainda algumas considerações, a título de arremate - do texto, mas não do debate...

O estudo permitiu uma avaliação das propostas terapêuticas de pontos de atenção da Raps de Petrolina (PE), na perspectiva de quem os usa, produzindo um leque de provocações que permitem – e mesmo indicam a necessidade de – repensar a produção de cuidado, afinando-a a partir da lógica da atenção psicossocial. As narrativas dos/as usuários/as tomados como guia indicaram a demanda de reorganização, singularização e diversificação das estratégias de cuidado, na conexão com uma escuta cuidadosa de quem recorre aos serviços em busca de cuidado.

As compreensões produzidas ressaltam a importância de garantir, efetivamente, não apenas a voz a usuários/as, mas, sobretudo, a consideração do que dizem, como fio condutor na construção de projetos terapêuticos singulares e no delineamento de atividades pertinentes. Evidenciou-se a potência de um serviço aberto e territorial, como o Caps, e dos vínculos construídos com a equipe, considerando a possibilidade de circulação e a liberdade sua marca distintiva e valorizada, em comparação com as CT.

A partir dos resultados, reafirma-se a importância de continuar defendendo o cuidado em liberdade e de seguir constituindo fontes de elementos e indicadores para a discussão da potência

dos movimentos sociais em curso, que vêm efetivando um processo vivo de transformação dos modos de cuidado em saúde mental no Brasil, incluindo o Movimento de Luta Antimanicomial e de Antiproibicionismo.

O estudo se assume, em sua natureza, como não generalizável; porém, a aposta é de que aponta reflexões pertinentes em torno do cuidado produzido na Raps. Como possibilidades de novos estudos, sugerem-se análises que objetivem compreender o funcionamento dos dispositivos de saúde mental no atendimento a questões específicas de gênero. Outrossim, estudos que busquem compreender possíveis reproduções do modelo manicomial, inclusive na relação com o fenômeno da medicalização em serviços da Raps, podem contribuir para o aprimoramento da produção de cuidado nos territórios.

Cabe ressaltar, por fim, que as compreensões produzidas no estudo se contrapõem à Nota Técnica nº 11/2019³³, publicada, no início do ano de 2019, pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde; e à Política Nacional sobre Drogas (Decreto nº 9.761, de 2019)³, que incentiva um retorno à lógica manicomial, como a diretriz de expansão das CT. É imperativo reconhecer que algumas das CT se configuram como os manicomios da atualidade, tensão com que atores da RPB precisam se relacionar.

Colaboradoras

As autoras tiveram tarefas distintas: Cabral BEB (0000-0002-7941-5633)* contribuiu para elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: concepção e planejamento do estudo e revisão crítica do seu conteúdo. As demais autoras, Duarte MVG (0000-0003-2476-194X)* e Barros GS (0000-0002-4957-2793)*, colaboraram igualmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, para elaboração do rascunho e para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental; 11-15 dez. 2001; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. 60 p.
3. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União [internet]. 12 Abr 2019. [acesso em 2019 fev 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.
4. Conceição TFF, Pereira MO. Todo camburão tem um pouco de navio negreiro: uma análise sobre criminalização de substâncias psicoativas e o encarceramento de mulheres negras. In: Pereira MO, Passos RG, organizadores. Luta antimanicomial e feminismo: inquietações e resistências. Rio de Janeiro: Autografia; 2019. p. 111-140.
5. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. soc. (Online)* [internet]. 2011 [acesso em 2019 fev 3]; 23(1):154-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>.
6. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [internet]. 7 Abr 2001. [acesso em 2020 jun 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União [internet]. 24 Dez 2011. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
8. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: CFP; 2018. 169 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. 22 Dez 2017. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
10. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 9-30.
11. Passos E, Barros RB. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 17-31.
12. Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. Pesquisador In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 155-170.
13. Benjamin W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin W. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, Obras escolhidas; 1996. p. 197-221.

14. Cabral BEB, Morato HTP. A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In: Barreto CLBT, Morato HTP, Caldas MT. *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica*. Curitiba: Juruá; 2013. p. 159-181.
15. Merhy EE. *Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ; 2013.
16. Lancetti A. *Clínica peripatética*. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2016.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 17 p.
18. Petuco DRS. *Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado*. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-148.
19. Rameh-de-Albuquerque RC. *Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
20. World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms [internet]*. Geneve: WHO; 2015. [acesso em 2018 jul 15]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1.
21. Torres MRS, Vidal PEV. *Redução de danos e psicanálise de orientação lacianiana nas internações de usuários de drogas*. *Ecos, Estud. Contemp. Subj* [internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 6]; 7(1):59-67. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1835/1423>.
22. Amarante P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
23. Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.
24. Toassa G. *Sociedade tarja preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes*. *Fractal rev. psicol.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 fev 06]; 24(2):429-434. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a15v24n2.pdf>.
25. Confederação Nacional de Municípios. *Tratamento da dependência química: conceitos e abordagens*. Brasília: CNM; 2015.
26. Ribeiro FML, Minayo MCS. *As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil*. *Interface (Botucatu, Online)*. [internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 5]; 19(54):515-526. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0515.pdf>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
28. Guimarães ACA, Veras AB, Carli AD. *Cuidado em Liberdade, um Encontro Entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica*. *Rev. Psicol. Saúde*. [internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 10]; 10(1):91-103. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n1/v10n1a07.pdf>.
29. Scott J. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. *Educ. Real*. 1995; 20(2):71-99.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
31. Oliveira JF, Paiva MS, Valente CLM. *Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero*. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(2):473-481.

32. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J. bras. psiquiatr.* 2008; 57(1):9-15.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na PNSM e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União* [inter-
- net]. 5 Feb 2019. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

Recebido em 05/03/2020

Aprovado em 20/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Universidade Federal do Vale do São Francisco

As psicologias construídas no SUS: possibilidades e desafios profissionais no agreste pernambucano

*The psychologies built in the SUS: professional possibilities and
challenges in the Agreste Pernambucano*

Vanessa Alves de Souza¹, Érika de Sousa Mendonça²

DOI: 10.1590/0103-1104202012716

RESUMO O artigo aborda a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva de profissionais inseridos nos contextos da Atenção Primária à Saúde e da média complexidade. O objetivo foi investigar práticas psicológicas realizadas, discutindo possibilidades e desafios. A pesquisa utilizou-se do método qualitativo, buscando a construção de informações e reflexões a partir das narrativas de dez psicólogos atuantes em quatro municípios do agreste pernambucano. Após aprovação do projeto de investigação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, que foram posteriormente transcritas e categorizados segundo as técnicas da Análise de Conteúdo. Constatou-se que a atuação do psicólogo no SUS tem sido refletida pelos profissionais, que apontam necessidade de revisão de propostas nos cursos universitários, uma vez que chegam despreparados para a atuação frente ao SUS. O resultado evidencia a ampliação de possibilidades de atuação, com experimentações e articulações multidisciplinares, ao mesmo tempo que se revela que esses psicólogos não dialogam entre si, numa construção coletiva de seus fazeres cotidianos. Por fim, defende-se que uma atuação profissional técnica, instrumentalizada e reconhecida é tão necessária quanto um fazer que se põe em abertura aos devires de um fazer da psicologia junto ao SUS.

PALAVRAS-CHAVE Psicologia. Local de prática profissional. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The article addresses the role of the psychologist in the Unified Health System (SUS), from the perspective of professionals inserted in the contexts of primary health care and medium complexity. The objective was to investigate psychological practices carried out, discussing possibilities and challenges. The research used the qualitative method, seeking the construction of information and reflections based on the narratives of ten psychologists working in four municipalities in the Agreste Pernambucano. After approval of the research project by the Research Ethics Committee, individual and semi-structured interviews were conducted, which were later transcribed and categorized according to the Content Analysis techniques. It was found that the psychologist's performance in the SUS has been reflected by the professionals, who point out the need to review proposals in university courses, since they arrive unprepared to perform on the SUS. The result shows the expansion of possibilities of action, with multidisciplinary experiments and articulations, at the same time that it is revealed that these psychologists do not dialogue with each other, in a collective construction of their daily activities. Finally, it is argued that a technical, instrumentalized, and recognized professional performance is as necessary as a task that opens itself up to the becoming of a Psychology practice with SUS.*

¹Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)
- Recife (PE), Brasil.
vanessaalves10@hotmail.com

²Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.

KEYWORDS *Psychology. Professional practice location. Unified Health System.*



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das reverberações da efervescência do movimento sanitário brasileiro, que se deu de modo mais incisivo na década de 1980. A partir dessa eclosão de discussões e propostas, foi criado, em 1988, o SUS, regulamentado pela Constituição Federal do corrente ano, tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. A saúde passou a ser um direito e não um privilégio ou caridade, tornando-se universal para todos e devendo ser provida pelo Estado¹.

Em 19 de setembro de 1990, foi formulada a Lei nº 8.080, conhecida como a Lei do SUS, que prevê as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, tendo por objetivo regulamentar as ações e os serviços em saúde em todo o território nacional².

O SUS trouxe consigo um movimento que conduziu profissionais de saúde a desenvolverem ações em saúde, considerando que o meio em que a pessoa está inserida, as formas de viver e conviver, as relações interpessoais e sociais estabelecidas, o modo como homem e o meio interagem interferem diretamente no modo ampliado de conceber a saúde, pois esta perpassa questões existenciais que vão além de somente tratamentos e prevenções aplicados de modo generalizável a qualquer pessoa. As intervenções em saúde requerem um olhar mais singular para o sujeito que se constitui como usuário do serviço. Nessa concepção, a saúde passa a ser compreendida como um estado dinâmico e socialmente produzido³.

Isto posto, volta-se o olhar para a psicologia, que, no ano de 1962, é regulamentada como formação e profissão através da Lei Federal nº 4.119, coincidindo com o período imediatamente anterior à ditadura militar e sofrendo, portanto, a influência histórica de um movimento de controle das massas pela classe dominante. Naquele contexto circunscrito, foi criada uma psicologia voltada, prioritariamente, aos interesses das classes dominantes⁴.

Tornam-se compreensíveis, desse modo, os desafios assumidos por psicólogos que precisam lidar com a expansão da psicologia para focos diversificados, o que inclui, sobretudo a partir da década de 1980, a inserção da psicologia no SUS. O profissional de psicologia passa a atuar, adentrar e se inserir em instituições de saúde e em comunidades, tendo como foco essa nova concepção de saúde e, portanto, ampliando perspectivas no olhar e no cuidado ao usuário.

Trata-se de um cenário em que se impõe a necessidade de revisão e ampliação de modos de intervir, levando-se em conta tanto a necessidade de adaptação a questões espaciais (não há, por exemplo, um *setting* terapêutico bem definido) como de características e demandas específicas da população e da localidade atendida. A transferência da atuação clínica individual e particular para os espaços públicos, por sua vez, não traz consigo as respostas necessárias às demandas comunitárias e contextualizadas⁵.

Assim é que tal ampliação no caminhar profissional do psicólogo provocou, também, a necessidade de uma revisão de bases teóricas e práticas que fundamentam sua atividade no SUS, recorrendo a saberes não apenas da psicologia clínica, mas compreendendo igualmente a psicologia comunitária, a psicologia social e a psicologia política, e, mais que isso, reconhecendo o papel político do psicólogo na transformação de realidades violentas, naturalizadas, as quais repercutem diretamente na condição de saúde da população. É assim que o psicólogo é convocado a atuar para além do nível intrapsíquico, na sintonia com o contexto social, cultural, político e estrutural em que o sujeito está inserido.

Também, estudos de políticas públicas e uma compreensão ampliada da própria noção de saúde se fizeram necessários. Apenas compreendendo os determinantes sociais de saúde que, segundo o Ministério da Saúde, tratam das características sociais dentro das quais a vida transcorre, levando em consideração as condições de vida e de trabalho dos sujeitos, sendo possível compreender seus impactos na saúde mental da população⁶.

A entrada dos psicólogos na saúde pública sugere, enfim, a abertura de novos campos de atuação, o que, por sua vez, passa a requerer, também, transformações na prática realizada. Tal fato traz, em si, a necessidade de novas perspectivas teóricas e criatividade na construção de práticas de atenção psicológica. E, nesse sentido, afirma-se que há um defrontamento com a emergência de um novo campo de saber⁷.

Diante de tal cenário, indaga-se: como vem se dando a atuação de psicólogos no SUS? Para esta discussão, considera-se relevante um balizamento nas reflexões de profissionais de psicologia que vêm desbravando possibilidades e desafios no exercício profissional no referido sistema, na atenção primária e na média complexidade em saúde. É nessa direção, pois, que se propõe uma reflexão tangenciada pela teoria e ampliada pelas vivências de profissionais que atuam cotidianamente no SUS.

Assume-se, desse modo, o lugar da psicologia como ciência que tem por mérito a produção de conhecimento do social, no social e para o social, estando as partes envolvidas na pesquisa – pesquisador e pesquisado – atuando como agentes transformadores de realidades e multiplicadores de saberes⁸.

Material e métodos

Para o estudo, foi eleito o método de pesquisa qualitativa, que confere a possibilidade de compreender, por meio das narrativas dos sujeitos, o contexto em que a pesquisa acontece e as vivências dos interlocutores no âmbito da saúde pública, através das histórias compartilhadas, dos significados e dos sentidos atribuídos, dos motivos, das crenças, dos valores, da cultura e das atitudes dos participantes da pesquisa⁹.

O referido estudo foi realizado junto a dez profissionais de psicologia que atuam em unidades públicas de saúde em cidades do agreste pernambucano – totalizando quatro municípios –, tanto no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (nesse caso, foi

selecionado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf) quanto na média complexidade (nesse caso, o hospital).

Como recurso para construção de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais permitem evocar uma fala livre, que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja simbólica e significativa no contexto de sua realização¹⁰. As entrevistas foram realizadas nas respectivas cidades em que os profissionais trabalham, sendo gravadas com autorização dos participantes, em atenção aos cuidados éticos de pesquisar.

Após a realização das entrevistas e sua transcrição integral, com fins de acessar todos os conteúdos enunciados pelos psicólogos, passou-se ao procedimento técnico de interpretação dos dados: a análise do conteúdo¹¹. Essa é composta por três etapas, a saber: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação.

Na etapa da pré-análise, concretiza-se a organização da pesquisa. Nesse momento, sintetizam-se as ideias iniciais, planejando de modo flexível, porém preciso, a forma de conduzir a análise de conteúdo. Realiza-se, em seguida, a leitura flutuante, que aos poucos vai se tornando cada vez mais precisa, desembocando nas possibilidades de projeções teóricas e possível aplicabilidade de materiais equivalentes ao conteúdo que será analisado¹¹.

Na segunda etapa, caracterizada pela exploração do material, coloca-se em prática o que foi planejado e sintetizado. Nesse momento, são realizadas as operações de codificações e decomposição, em função de objetivos previamente formulados¹¹.

Na terceira e última etapa, estrutura-se a proposta metodológica. Nesse momento, são tratados e interpretados os dados obtidos. Alia-se o que foi executado nas duas primeiras etapas à interpretação dos resultados brutos, de forma que estes se tornam válidos e significativos, havendo a proposição de inferências, visando a realizar nossa interpretação com base nos objetivos pretendidos, dando espaço para que outros conteúdos

pudessem emergir. Com isso, há a possibilidade de lançar compreensões e reflexões acerca da temática pesquisada.

As instituições de saúde a que se vinculam e seus nomes foram preservados com base na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Para tanto, optou-se por identificar os participantes da seguinte maneira: Psicólogo/a 01, Psicólogo/a 02 (e assim sucessivamente), de acordo com a expressão de sua fala no decorrer da discussão dos resultados.

Destaca-se que a investigação obedeceu a todos os critérios éticos, tendo seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 17971313.1.0000.5207 – Parecer: 382.130. Para a realização das entrevistas, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo, antes, sido assinado o Termo de Confidencialidade, bem como foram obtidas as Cartas de Anuência das instituições onde os psicólogos atuam. Para além dos critérios prescritivos, esteve-se todo tempo com atenção a quaisquer sinais de desconforto dos interlocutores, que, afinal, não foram percebidos.

Resultados e discussões

De posse dos dados colhidos, foram construídas categorias temáticas considerando-se as falas que mais se destacaram nos encontros com os participantes, seja pela aproximação, seja pela dissonância das argumentações construídas pelos informantes. Foram eleitas, dessa forma, as seguintes categorias temáticas: 1) formação do profissional de psicologia; 2) percepção do psicólogo acerca de sua atuação e da inserção da psicologia no SUS; e 3) desafios e perspectivas consoantes com a atuação do psicólogo no SUS.

Na primeira categoria temática – formação do profissional de psicologia –, foram tratadas as percepções dos psicólogos acerca de sua formação acadêmica (graduação ou pós-graduação) e de como ela traz contribuições ou, por outro lado, revela escassez

de informações, promovendo o preparo ou o despreparo teórico e prático para a atuação profissional junto ao SUS.

Compreende-se, nesta pesquisa, que a formação em psicologia ainda está galgada em um modelo e/ou conceito clássico de clínica que é privada, curativa e individual, inspirada na prática médico-curativista¹².

Durante a graduação dos participantes da pesquisa, por exemplo, 90% dos entrevistados realizaram o estágio curricular obrigatório na clínica da Instituição de Ensino Superior (IES) onde realizaram sua formação acadêmica. Nesse sentido, vê-se que a formação do psicólogo ainda é predominantemente marcada pela proposta clínica tradicional, que deixa negligenciadas possíveis ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuação no SUS¹³.

A esse respeito, psicólogo/a 01 afirma:

A formação da própria faculdade levava a gente a fazer essa decisão de ir pela clínica, pelo consultório... Não levava a gente a pensar em outras áreas afins, como: hospitalar, escolar. A gente ficava fissurado mesmo em buscar a clínica, atender o paciente ou então fazer formação de grupo. A faculdade oferecia outras possibilidades de estágio, mas a gente naquele momento só via a área maior [se referindo à clínica], a gente não se interessava pelo resto.

Percebe-se, nesse relato, não só a atuação clínica individual sendo tradicionalmente difundida pela IES, mas também um tipo de retroalimentação social para essa vertente de fazer e produzir conhecimento psicológico, em que a clínica tradicional e individual se apresenta como uma forma difundida e esperada de se exercer a psicologia.

A formação para a clínica foi bastante difundida até a década de 1990, produzindo reverberações nos dias atuais, sendo uma delas o entendimento de que o psicólogo é um profissional que atua em consultório privado, somente¹⁴.

Outra perspectiva mostra o vislumbre de distintos espaços de atuação profissional por

parte dos psicólogos em seu momento de formação, como atesta psicólogo/a 02: “Realizei estágios em escola, realizei em hospital psiquiátrico, em clínica do Detran e realizei na clínica da faculdade”. Já psicólogo/a 01 relata: “Eu fui para área clínica mesmo”.

Essas falas indicam que, mesmo havendo outros interesses e possibilidades de atuação, a prática clínica de consultório, individualizada, é bastante procurada pelos graduandos em psicologia, configurando-se como uma parte essencial à formação do psicólogo. Veja-se um trecho da narrativa de psicólogo/a 03: “Tinha mais interesse na parte clínica. Eu sempre tive muito interesse na clínica”. Tal fala é reafirmada por psicólogo/a 04: “E meu interesse naquela época sempre foi na área clínica”.

No campo da saúde pública, o psicólogo ainda esbarra com alguns limites teóricos e técnicos de sua formação universitária, que, muitas vezes, não oferece embasamento suficiente para que o profissional possa responder à demanda da população que é atendida pelas unidades de saúde de forma efetiva¹⁵.

No entanto, percebe-se que há uma sutil modificação nas formas de pensar a formação do psicólogo que tem reverberado na estrutura dos cursos de graduação e na crítica que é feita pelos próprios profissionais à sua formação. Como narra psicólogo/a 05:

Ninguém mais pode sair da faculdade e reclamar que só foi clínico. E aí fica mais fácil quando você conhece, né? De entrar na psicologia nessa área, no social.

Aqui, percebe-se uma ampliação do campo de atuação do psicólogo através da preocupação sobre o contexto social na prática clínica, lançando bases para o fortalecimento da clínica ampliada¹⁶. Sob essa perspectiva, percebe-se que Clínica Ampliada enseja que o profissional de saúde expanda o cuidado à pessoa, enfocando a saúde e não a doença, contribuindo para maximizar sua vida¹⁷.

Como diz psicólogo/a 04: “É importante conhecer o aspecto social, político, econômico, as

crenças, e isso devagarinho é que vai acontecendo, mas muito lentamente ainda”. Aqui, veem-se rudimentos de uma mudança paradigmática na qual, por exemplo, a psicoterapia, com sessões que se prolongam por longo tempo, tende a ceder espaço para a importância de entender o contexto em que a população a ser assistida está inserida, quais as significações atribuídas às suas vivências cotidianas e o modo como ela é afetada por essas.

Essa perspectiva de ampliar os fundamentos da psicologia foi destacada por todos os entrevistados, que defendiam a necessidade de expandir seus conhecimentos teóricos, recorrendo a programas de pós-graduação para melhor embasamento de sua prática profissional. Algumas falas ilustram esse debate. Psicólogo/a 05 afirma: “Procurei me aprimorar mais na área da saúde”. Outras narrativas também vão nessa direção:

Eu sempre tive interesse pela saúde pública, mas quando eu tive contato, mesmo trabalhando no Nasf, eu vi a necessidade de ampliar o conhecimento a respeito do SUS, e pude conhecer mais e pude intervir de formas diferentes. Depois que eu comecei a trabalhar é que eu comecei a especialização. Eu acho que na própria graduação é preciso trabalhar melhor isso [referindo-se à atuação do psicólogo no SUS]. Eu acho que a gente não vê muito a realidade em si. Eu acho que é trabalhado teoria, mas quando a gente entra em contato com a população, principalmente pobre, a gente vê as dificuldades, então a gente se sente despreparado, por isso a necessidade de se especializar para poder atuar. (Psicólogo/a 06).

Nas narrativas dos entrevistados, percebem-se tanto mudanças e ampliações ocorridas em sua formação quanto fica evidenciado que ainda há um longo caminho a percorrer para que se construa uma forma de atuar adequada à inserção e à prática profissional no SUS. Vale ressaltar, também, que as IES possuem grades curriculares diversas, e isso reverbera uma formação diversificada para o profissional de psicologia.

Vislumbram-se algumas mudanças na formação do psicólogo, entretanto, ainda se percebe uma tendência de amalgamar teoricamente o conhecimento da psicologia clínica à atuação do SUS. Tal atitude, porém, revela-se insuficiente e até incapaz de responder adequadamente às intervenções necessárias, segundo os próprios interlocutores do estudo. À medida que contextos e necessidades sociais se modificam, também a ciência – neste caso, a psicologia – precisa repensar seu modo de atuar diante dela¹⁸.

Isto posto, refletir-se-á a segunda categoria temática, discutindo sobre percepções do psicólogo acerca de sua atuação e da inserção da psicologia no SUS. Psicólogo/a 01 afirma: “*Eu acho que a psicologia está desbravando uma visão bastante ampla do sujeito, que não é só psicológico e nem psíquico ou emocional, é integral*”.

Trata-se, nesse sentido, de perceber a pessoa para além da patologia ou do sofrimento psíquico, mas como ser de possibilidades que vive uma trama de relações sociais e interpessoais que geram ressonâncias no modo dos profissionais de saúde pensarem o processo saúde-doença. A pessoa é mais que um corpo físico, logo, a necessidade de uma visão integral da saúde é indiscutível¹⁹.

No que concerne à atuação do psicólogo, seja na APS, seja na média complexidade, os profissionais expressam a necessidade de buscar novas formas de intervir cotidianamente, como atesta psicólogo/a 06:

Vejo também que eu preciso melhorar mais, ampliar com os outros profissionais, reuniões e tudo para que a gente possa partilhar conhecimento. Mas, também, por outro lado, vejo que eu já avancei bastante, porque, no início, quando eu cheguei, não era feito nada de promoção, e hoje eu já consegui grupo de gestante, grupos de idosos e estou tentando outros. Os grupos são realizados nas Unidades Básicas. Eu sempre peço a contribuição de um profissional da Unidade, a enfermeira. Quando ela não pode, um técnico, qualquer pessoa. E, quando não tem, eu chamo alguém do próprio Nasf para me ajudar.

No instante em que se debruça para discutir a atividade do psicólogo no âmbito da saúde, está-se a pensar em sua atuação em uma organização. Ao refletir o contexto hospitalar, evidencia-se que ele se consolida como o epicentro do espaço da doença. Sob tal perspectiva, a atuação do psicólogo nesse espaço é regida por um ponto fulcral, que é minimizar o sofrimento decorrente do processo de hospitalização¹⁹.

Sobre esse aspecto, psicólogo/a 03 atesta:

No momento, ela [a atuação] é mais um apoio, certo!? Psicológico, breve, focal, ali tanto para o paciente, que está hospitalizado para minimizar justamente esses danos da hospitalização, quanto para familiares.

A psicologia hospitalar busca comprometer-se com questões ligadas à qualidade de vida dos usuários, seus familiares e dos profissionais da saúde, não devendo restringir-se apenas ao atendimento clínico, mesmo este sendo uma prática bastante disseminada entre os psicólogos hospitalares²⁰.

Já na APS, o psicólogo atua na prevenção da doença e promoção da saúde, por meio do estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade com a população, estimulando a autonomia, a participação social na implementação das ações e os serviços de saúde²¹. A narrativa de psicólogo/a 05 ilustra essa questão:

A gente faz grupo, grupo com gestante, com idosos, faz muita atividade de educação e saúde. E eu acho que é fundamental a gente não perder aquela força que vem da graduação, sabe? De querer fazer e querer construir e gostar do que faz. O principal de tudo, tem que gostar. Porque senão, não fica.

Percebe-se, também, que o conhecimento acerca do fazer do psicólogo no SUS ainda é associado à psicoterapia, como narra psicólogo/a 07:

Cobram muito da gente o psicoterapeuta, acham que todo mundo tem que fazer terapia, e a gente como sendo do Nasf é um leque na área de

psicologia. Eu acho que... a gente trabalha com uma visão de clínica ampliada e tem uma série de coisas que às vezes chega queixa de todo canto, de escola, de tudo, aí tem que saber deslanchar as coisas.

Entretanto, como psicólogo/a 07 diz, “a percepção de clínica ampliada requer um olhar multifacetado e tira o psicólogo do lugar de apenas um psicoterapeuta”. A esse respeito, psicólogo/a 08 afirma: “Atuar em clínica é mais fácil, parece que é mais a nossa casa”. Deslocar-se da relação protegida que a clínica particular apresenta requer do psicólogo o enfrentamento da complexidade que é o processo de construir a realidade²².

Adotar essa postura traz à tona uma visão socialmente construída e reproduzida que atesta e coloca o psicólogo como psicoterapeuta em todos os espaços de atuação. Estando o psicólogo influenciado e atuando nessa mesma realidade, não se constitui uma tarefa simples deslocar-se da clínica tradicional, como psicoterapeuta, para a clínica ampliada.

O trabalho em equipe configura-se, sobretudo, como um sentimento de pertencimento e interesse em atingir um objetivo comum. No caso de equipes multiprofissionais, tem-se a presença de profissionais de saúde que trazem consigo saberes distintos, mas com foco no cuidado do sujeito que se apresenta²³.

Destarte, o fato é que, além desse deslocamento, tem-se a interação dos múltiplos saberes que atuam de modo multidisciplinar no SUS. Com esse mote, segue-se para a próxima categoria temática, que tratará sobre a atuação do psicólogo em equipes multiprofissionais²⁴.

Na APS na média complexidade, o psicólogo irá se defrontar com uma diversidade de saberes que compõe as equipes multiprofissionais. Psicólogo/a 09 diz:

Maravilhoso! Só vem fortalecer mais ainda os saberes [...] Eu acho magnífico! Que a gente termina entendendo também a prática de todos os profissionais e a gente vai ajudando um ao outro, encaminhando as principais demandas que surgem.

As equipes multidisciplinares se defrontam com o saber de cada disciplina de maneira a poder articular-se com as outras, com base no respeito mútuo para a realização de intervenções com vistas à compreensão da integralidade do sujeito²⁴.

Percebe-se o supracitado na fala de psicólogo/a 02:

Eu acho que, como especialista na área do comportamento, especialista nas relações humanas, o psicólogo tende a facilitar esse convívio, então para mim, particularmente, eu acho muito fácil. Ao menos nos espaços onde eu estou trabalhando, eu me sinto muito acolhida e fazendo acolhimento das necessidades dos outros.

Atuar de modo multidisciplinar constitui-se como uma atividade complexa, pois é necessário estabelecer relações de interdependência entre a psicologia e outros saberes/fazeres da área da saúde, o que se revela um desafio à psicologia, que até então estava galgada em uma atuação solitária²⁵.

Sobre essa temática, psicólogo/a 07 reflete:

É bom, por um lado, porque a gente vê também a prática do outro e enriquece a gente. Por um lado, é muito bom. Por outro lado, às vezes a gente quer fazer a coisa e tem as diferenças, né? Cada um tem suas diferenças, né? Mas acho que é um crescimento de modo geral. A gente junta o da gente com o do outro e a gente precisa. Na prática, eu vejo que a gente não pode estar isolado, né? Quem trabalha no Nasf depende da prática do outro.

Tratando da atuação multidisciplinar do psicólogo no âmbito hospitalar, tem-se uma equipe multidisciplinar que está centrada nas necessidades do sujeito em seu processo de hospitalização, logo, a demanda emerge a partir da necessidade desse sujeito. Nesse instante, é preciso que haja uma integração dos profissionais da saúde, com a finalidade de responder às necessidades postas.

Logo, indaga-se: como profissionais que atuam em unidades hospitalares concebem a

sua atuação em equipes multidisciplinares? Psicólogo/a 01 responde:

Tem que aprender a lidar com essas coisas, com essa realidade, com as relações de grupo. Que não é muito fácil se relacionar com a equipe multiprofissional, com os casos e os descasos nesse caminho que acontece.

É imprescindível que o psicólogo conheça as atividades desenvolvidas pelos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, bem como os limites de cada um, possibilitando uma atuação integrada, com manejo único²⁶.

Psicólogo/a 06 aponta:

A gente tem que se inquietar com a prática. E procurar tanto buscar conhecimento, não só da psicologia como também de outras áreas. A gente precisa conhecer outras coisas e, também, procurar conversar com outros profissionais, abrir a mente para outras possibilidades e para atuar em conjunto.

Para tanto, muitas são as barreiras a transpor, uma vez que se está diante do encontro das subjetividades, das individualidades e da defrontação com as diversidades de saberes. Acredita-se que o caminho até aqui traçado permite visualizar a construção de uma psicologia voltada para o contexto do SUS. E muitos são os desafios para essa construção, que serão tratados neste instante, adentrando a última categoria temática: desafios e perspectivas consoantes com a atuação do psicólogo no SUS.

O desafio relativo à atuação no SUS é elencado por todos os participantes da pesquisa: trata-se de um desconhecimento inicial acerca do fazer, tanto por eles mesmos quanto pelos demais profissionais que compõem o SUS.

Como afirma psicólogo/a 09:

Desafios, assim, foi o próprio desconhecimento da equipe do posto de saúde de aceitar a gente como profissional que vem contribuir, mais ainda, com os saberes um do outro.

A esse respeito, psicólogo/a 10 declara:

Primeiro desafio é o conhecimento do trabalho do psicólogo, né? [...] Então, o primeiro desafio da gente foi caracterizar o trabalho do psicólogo... A gente ter o trabalho do psicólogo reconhecido para as demandas virem.

Psicólogo/a 03 relata: “os desafios foram muitos. Ainda são, na verdade! Mas, no início, realmente não se tinha noção do que o psicólogo fazia dentro do hospital”. As falas elencadas reluzem as percepções de psicólogos que atuam na APS e na média complexidade, e atenta-se para o fato de que, em ambos os casos, os desafios permeiam a não compreensão do fazer do psicólogo nesses âmbitos.

E como transpor esse desafio? Psicólogo/a 09 provoca:

A gente fez um trabalho de formiguinhas, que eles não davam muita atenção nas falas da gente, a própria equipe também, e os usuários principalmente, né? Então, foi preciso fazer reunião, falando da equipe, para mostrar a importância do serviço da equipe nos Nasf de uma forma geral, né? Da psicologia, que era um serviço que veio só a contribuir, que visa à prevenção e à orientação.

Reafirmando a fala de psicólogo/a 09, psicólogo/a 10 reitera: “a gente foi mostrando... E a partir daí as pessoas foram reconhecendo o trabalho do psicólogo”. Nessa linha, também psicólogo/a 03 argumenta:

Busquei lidar com a cara e a coragem! Entrando mesmo, sabe!? Respeitando muito o espaço, os profissionais, respeitando... Conversando sem que eles [os outros profissionais] se sintam intimidados com a nossa presença, mas que a gente pudesse também ir conquistando o espaço da gente.

A psicologia se insere no SUS buscando definir seu campo de atuação, contribuindo para a construção de ações que incorporem o biológico, o social e o psicológico, procurando

abordar um indivíduo histórico e tangenciado pelo contexto social no qual está inserido²⁷.

Psicólogo/a 01 assim declara:

eu acho que a gente enfrenta até hoje. Os desafios eles são permanentes. Eu acho que os desafios surgem até para que a gente possa encontrar novas formas de viver e atuar, de se relacionar.

Assim, entrelaçar a atuação profissional aos princípios do SUS pode trazer subsídios para ações desenvolvidas pelos psicólogos no referido sistema. A esse respeito, psicólogo/a 04 relata que:

Orientam, pois o SUS é uma rede, ou deveria ter essa perspectiva. Agora, se de um lado orienta porque trabalha em rede, é preciso também você enxergar o ser como rede.

Psicólogo/a 10 reflete a contribuição dos princípios do SUS para sua atuação profissional:

Eu acho que a missão do psicólogo é essa! Independente de SUS... Independente do local que o psicólogo trabalhe – pode ser na alta sociedade ou lá na periferia –, eu acho que ele tem que trabalhar isso, porque em todo lugar que o ser humano tiver ele tem que estar de modo igual, com os mesmos direitos e ele tem que estar com autonomia para se colocar, para se posicionar e brigar! E, de alguma forma, o trabalho do psicólogo tem que estar de acordo com o SUS, né? Ele tem seus preceitos!

O SUS, assim como a psicologia, tem recente formação, portanto, ambos ainda estão em processo de construção e revisão. Ainda que não funcione como o ideal, tem-se um SUS real, como atesta psicólogo/a 04: “Ao mesmo tempo em que o SUS no papel oferece a rede, mas ela como instituição não trabalha como ela propõe”.

Psicólogo/a 06 reflete acerca dos princípios e diretrizes do SUS:

Ajudam nos meus atendimentos e no que eu quero quando eu vou planejar as atividades, mas ainda é

muito ideal. Eu vejo eles como muito ideal e difícil de serem atingidos, mas é possível. Se o profissional se disponibilizar, é possível. Eu acho, assim, desde a graduação, eles (os princípios e diretrizes do SUS) devem ser trabalhados, para a gente ter o conhecimento. Acho que eles devem ser trabalhados. A questão da participação social que eu não tinha conhecimento, vim ter conhecimento na pós, e eu deveria conhecer isso na graduação. E eu acho que devia se cobrar mais desses profissionais.

Nota-se, a partir dessas reflexões, que o SUS é formado por uma diversidade de saberes – entre estes, o saber psicológico. Assim sendo, faz parte de um sistema de saúde regido pela integralidade, universalidade e equidade. Logo, as ações em saúde empreendidas precisam ser voltadas para um modo de fazer saúde consciente de que se tem um modelo de SUS que ainda não se edifica na prática, porém, para que ele o seja, depende não só de uma série de atores sociais, mas também e diretamente dos profissionais de saúde que nele atuam cotidianamente, a partir de uma proposta de atenção à saúde de excelência.

Considerações finais

Entre as reflexões produzidas por esta pesquisa, entende-se que tão importante quanto conhecer e compartilhar modos de atuação psicológica no SUS é a necessidade de compreender que não é possível a construção de um modelo de atuação que seja eficaz em todo e qualquer nível de complexidade, cultura ou demanda anunciada pela população. Está-se diante de uma ciência que enseja uma singular atuação frente a cada contexto em que a psicologia seja chamada a estar.

Logo, em se tratando de pessoas e necessidades, nada é estático, já que profissionais de psicologia são impelidos a refletir que o tecnicismo e o automatismo, padronagens muitas vezes desejadas pela ciência e até por alguns profissionais, não devem ser alvo de desejo da psicologia enquanto ciência e profissão.

Outrossim, reconhece-se e aposta-se na diversidade de possibilidades de práticas e na criatividade profissional frente à construção de espaços e formas de atuação que atendam às especificidades demandadas pela população e pelo próprio SUS.

Assim, considera-se que voltar o olhar para questões que permeiam a inserção da psicologia no SUS, sob a percepção de psicólogos que atuam no referido sistema, é relevante para fomentar reflexões críticas no âmbito do saber e do fazer psicológico, buscando construir subsídios para uma atuação ampliada e eficiente.

No presente estudo, foi possível vislumbrar a psicologia como uma ciência jovem, que está sendo refletida e discutida cotidianamente, embora ainda de forma individualizada. Percebe-se que a prática do profissional de psicologia vem se reafirmando ou se diferenciando nos contextos de APS e média complexidade, pois esse profissional volta seu olhar ao sujeito, tentando compreendê-lo de modo integral e contextualizado.

O abrangente leque de possibilidades de atuação do psicólogo no SUS é percebido quando os participantes desta pesquisa relatam práticas grupais, que vão de uma atuação com grupos específicos de usuários até trabalhos voltados aos profissionais, que, na maioria das vezes, atuam de modo multidisciplinar – sendo o psicólogo parte dessa equipe –, sempre considerando as singularidades no instante em que se propõem as ações desenvolvidas.

Recorrentemente citada pelos profissionais psicólogos, a atuação multiprofissional traz consigo ganhos ao fazer do psicólogo, como possibilidade de propor ações que contemplem distintos modos de compreensão do sujeito, contribuindo para a efetivação da integralidade. Concomitantemente, atuar em equipe multidisciplinar evidencia a necessidade de o profissional psicólogo buscar uma gama de aportes teóricos, pois as linhas entre os fazeres/saberes que compõem essa equipe são tênues e precisam ser suficientemente claras para todos os profissionais que dela fazem parte.

São necessárias partilhas de experiências, de saberes, de práticas exitosas. São necessárias reflexões e ações coletivas frente aos desafios para que se possam elaborar estratégias de enfrentamento das dificuldades, tanto na psicologia – com seus profissionais aliados ao órgão de classe – quanto das demais profissões que reúnem saberes para oferecer assistência ao usuário do SUS. Compreende-se, ainda, que é necessário que a atuação do psicólogo em contextos ligados ao SUS alie conhecimento teórico e prático a uma genuína disponibilidade e interesse, para que se possa melhor contemplar o sujeito e atuar frente a ele de modo eficaz e eficiente.

Considera-se o SUS – seja na APS, seja na média complexidade – como um espaço de atuação que vem despertando interesse de atuação em profissionais psicólogos. Fica evidenciado, contudo, que os referidos profissionais sentem que a formação universitária não os prepara suficientemente para ocupar esses espaços, buscando aportes que fundamentem sua prática profissional, sobretudo no nível da pós-graduação. O diálogo entre pares, com a partilha (e o acúmulo) de experiências, não parece ter sido, todavia, um recurso usado. O presente estudo se propõe a ser mais um entre os meios de reflexão coletiva sobre o psicólogo em interface com o SUS.

Considera-se que a solidificação da psicologia no SUS funciona, enfim, como um indicativo de que fatores subjetivos, emocionais, sociais, culturais, históricos e políticos precisam ser pensados como determinantes de saúde, que, para além de patologias fisiológicas, existem outros fatores ligados à díade saúde-doença.

É assim que se problematiza a entrada da psicologia no SUS: como uma abertura de possibilidades de intervenções em saúde, pautadas nos fatores supracitados, através de uma conduta profissional integralizadora junto a equipes multiprofissionais, munindo-se de um olhar biopsicossocial ao sujeito usuário do sistema de saúde. Para tanto, vislumbra-se um constante movimento de ir e vir, de usar estratégias já conhecidas e de se aventurar no novo, construindo, reconstruindo e demarcando espaços e modos de atuação.

Colaboradoras

Souza VA (0000-0001-7232-7561)* e Mendonça ES (0000-0003-0031-3608)* participaram ativamente da pesquisa e elaboração do

manuscrito, contribuindo para concepção, delineamento e redação do trabalho, análise e discussão dos resultados e todas as revisões até a finalização do texto. ■

Referências

1. Ferreira Neto JL. Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia de saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2011.
2. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23 (6):1723-1728.
3. Feio A, Oliveira CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde Soc.* 2015; 24 (2):703-715.
4. Euzébio Filho A, Guzzo RSLG. Psicologia e Consciência de Classe “Para-Si”: ações e desafios na direção da mudança social. *Rev. psicol. polít.* 2015; 15(33):255-268.
5. Cintra MS, Bernardo MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicol. cienc. prof.* 2017; 37(4):883-896.
6. Paim J. Conferência: Determinantes Sociais de Saúde de Jairnilson Paim. In: Ministério da Saúde. Anais - I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2009.
7. Spink MJ. *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos.* 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2011. 344 p.
8. Spink MJ. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. *Psico.* 2000; 31(1):17-22.
9. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
10. Ferreira VS. Artes e manhas da entrevista compreensiva. *Saúde Soc.* 2014; 23(3):979-992.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Ferreira Neto JL. A Atuação do Psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)* 2010; 30(2):390-403.
13. Alexandre ML, Romagnoli RC. Prática do Psicólogo na Atenção Básica – SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínic.* 2017; 10(2):284-299.
14. Quadros L. Desafios da prática clínica na formação de psicólogos: revendo fronteiras e criando possibilidades. *Rev. IGT Rede.* 2012; 9(17):187-199.
15. Cintra MS, Bernardo MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)* 2017; 37(4):883-896.
16. Dettmann APS, Aragão EMA, Margotto LR. Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. *Fractal, Rev. Psicol.* 2016; 28(3):362-369.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

17. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis*. 2010; 20(4):1079-1097.
18. Ferreira-Neto JL. A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses. *Psicol. ciênc. prof.* 2010; 30(2):390-403.
19. Angerame VA. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning; 2010. 120 p.
20. Matheus BR, Almeida MMS, Ferreira BO. Possibilidades de atuação profissional do psicólogo no âmbito da atenção básica em saúde. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*. 2016; 29(1):117-123.
21. Azevedo NS, Kind L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicol. ciênc. prof.* 2013; 33(3):520-535.
22. Campos RHF. *Psicologia Social Comunitária: na solidariedade a autonomia*. Petrópolis: Vozes; 2010.
23. Medeiros MAT, Braga-Campos FC, Moreira MIB. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. *Rev. Nutr.* 2014; 27(6):785-98.
24. Anjos Filho NC, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):63-76.
25. Camelo SHH. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(4):734-740.
26. Saldanha SV, Rosa AB, Cruz LR. Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. *Rev. SBPH*. 2013; 16(1):185-198.
27. Spink MJP. *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

Recebido em 27/03/2020

Aprovado em 28/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando saúde

Psychosocial care in children's mental health field: deconstructing knowledge and reinventing health

Julie de Novaes Tavares¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012717

RESUMO O artigo propõe uma discussão sobre o cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil, no cenário brasileiro atual, sublinhando o tensionamento inerente às suas práticas e envolvendo diversos atores e redes, buscando refletir sobre o sentido de cuidar e reinventar a saúde. Tendo como referência o modelo de atenção psicossocial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, busca-se articular o conceito de saúde e doença no trabalho intersetorial, na construção do Projeto Terapêutico Singular. Através da metodologia do estudo de caso, apresenta-se um caso clínico atendido em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A Reforma Psiquiátrica Brasileira engendra o modelo psicossocial de cuidado rompendo com o modelo biomédico, modificando a maneira pela qual se concebe o sujeito no processo saúde-doença. No campo da saúde mental infantojuvenil, marcada pela invisibilidade histórica nas políticas públicas, há um tensionamento sobre a forma de conceber o cuidado nas diversas instituições, marcado pelo exercício da tutela. O artigo enfatiza a perspectiva de reinvenção em saúde, a apropriação pelo usuário do seu projeto terapêutico enquanto sujeito do próprio tratamento. O trabalho em rede e intersetorial se apresenta como ferramenta potente de transformação de saberes e práticas cristalizadas, em um movimento micropolítico, como proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Assistência integral à saúde. Serviços de saúde mental. Colaboração intersetorial. Direito à saúde.

ABSTRACT *The article proposes a discussion on psychosocial care in the field of mental health for children and adolescents, in the current Brazilian scenario, underlining the tension inherent in their practices and involving the various actors and networks, seeking to reflect on the meaning of caring and reinventing health. Taking the model of psychosocial care in the Brazilian Psychiatric Reform as reference, it seeks to articulate the concept of health and disease in intersectoral work, in the construction of the Singular Therapeutic Project. Through the case study methodology, it is presented an attended clinical case at a Psychosocial Care Center for children and adolescents. The Brazilian Psychiatric Reform engenders the psychosocial model of care, breaking with the biomedical model, modifying the way in which we conceive the subject in the health-disease process. In the field of mental health for children and adolescents, marked by historical invisibility in public policies, there are tensions over the way of conceiving care in the various institutions, a field marked by the exercise of guardianship. The article emphasizes the perspective of reinvention in health, the appropriation by the user of his therapeutic project as the subject of the treatment itself. Networking and intersectoral work present itself as a powerful tool for transforming crystallized knowledge and practices, in a micropolitical movement, as proposed by the Brazilian Psychiatric Reform.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
julietavares12@gmail.com

KEYWORDS *Comprehensive health care. Mental health services. Intersectoral collaboration. Right to health.*



Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) definiu um novo paradigma sobre a loucura¹, que buscava, sobretudo, superar o olhar biomédico, que a compreendia como uma doença a ser curada. Assim, o paradigma biomédico da psiquiatria desconhecia a dimensão de sujeito do louco, reduzindo-o à condição de doente e buscando incessantemente descobrir a causa da loucura como um disfuncionamento a ser eliminado². A RPB representou uma ruptura radical com relação a essa visão biomédica, colocando o acolhimento à integralidade da pessoa na centralidade do trabalho em saúde mental³.

Há, historicamente, uma compreensão da loucura enquanto uma alienação mental, de uma pessoa ‘sem razão’, impossibilitada de inscrição no social, na cidade e no mundo dos direitos. “O doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não cidadão”⁴.

Pode-se perceber, então, que a luta pela RPB não é uma luta apenas das instituições de saúde. Tanto questões teóricas quanto políticas, culturais e sociais estão no cerne da discussão deste movimento, configurando-o como um processo social complexo, envolvendo diversos atores sociais e uma carga de tensões e embates⁴.

O movimento da Reforma Sanitária, caminhando *pari passu* com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), implicou um esforço radical sobre a maneira como a saúde pública operava no Brasil. Nesse sentido, uma transformação importante foi a introdução da discussão sobre os determinantes sociais da saúde⁵. Através dessa noção, passou-se a considerar que a saúde é determinada pelas condições de vida, com uma compreensão de sujeito integral, considerando-o no interior das suas relações, do seu cotidiano e modo de habitar a cidade. É sobre esta nova compreensão de sujeito que o paradigma psicossocial constrói o seu cuidado³.

Essa nova compreensão dos processos de saúde-doença introduz uma nova forma de

lidar com o sujeito com sofrimento mental, considerando sua relação com o social e a promoção de saúde nos diversos espaços da cidade². Desta forma, o trabalho em rede e intersetorial é o que permite uma atuação com o sujeito em sua complexidade, operando no real das suas relações, promovendo sua autonomia e cidadania¹. Além disto, pela atuação intersetorial, no cerne das relações sociais, o real pode ser transformado, em um contínuo trabalho micropolítico.

Desse modo, o presente artigo propõe uma discussão sobre o cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil, os desafios e embates com o Projeto Terapêutico Singular do usuário, e a rede de saúde mental e intersetorial, refletindo sobre o sentido de cuidar e reinventar saúde.

Metodologia

Foi adotado, como metodologia deste trabalho, o estudo de caso, considerado o mais adequado para o objetivo proposto, tornando possível a discussão sobre a singularidade que subjaz a todo projeto terapêutico no paradigma da RPB. Abordou-se, assim, a situação clínica em questão, que ocorreu durante o período de Estágio Integrado em Saúde Mental, em 2019, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) do Rio de Janeiro. A escolha do citado caso se deu por sua situação emblemática, que permitiu a constatação do cenário construído através das tecnologias em funcionamento no corpo da RPB, de onde surge uma nova visão sobre o processo de saúde-doença, sobre a relação do usuário com o seu projeto terapêutico e o trabalho em rede.

A prática de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Através da Doutrina de Proteção Integral estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, crianças e adolescentes deixam de ser objetos de intervenção

e tornam-se sujeitos de direito, tendo o Estado a função de protegê-los e garantir seu bem-estar social⁶. Considerados como seres em desenvolvimento e tendo garantidos os seus direitos, passam a ser tratados como sujeitos, detentores, portanto, de lugares autênticos de fala⁷. Enquanto sujeitos, podem ser escutados e acolhidos na sua singularidade, com suas demandas e sofrimentos legitimados, e, finalmente, compreendidos como sujeitos de suas próprias histórias⁷.

Esse novo estatuto, no campo do cuidado em saúde mental, propõe como norte ético o olhar interdisciplinar, integral, e uma atuação intersetorial, voltada para a especificidade desses sujeitos⁷. Deste modo, a compreensão do cuidar é iluminada por um olhar psicossocial, e tal cuidado se apresenta com características muito próprias e específicas, que o paradigma da RPB impõe. Nesta perspectiva, este artigo apresenta o caso de Lucas, acompanhado em um Capsi do Rio de Janeiro, em 2019, de modo a trazer uma reflexão sobre o cuidar psicossocial.

O relato começa em 2019, quando Lucas, acompanhado por sua mãe, Amália, e seu pai, José, aos 17 anos de idade, retorna ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), no qual dera entrada dois anos antes. Amália disse que seu filho precisava ser medicado e receber acompanhamento de um médico psiquiatra. Em 2017, no momento da sua entrada, o Capsi acolheu o jovem e sua demanda foi articulada na rede de cuidado do território. Seu tratamento prosseguiria na Clínica da Família (CF), com o apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, e o Capsi atuaria como suporte. Contudo, no seu retorno em 2019, Amália informou que o jovem apresentou uma reação adversa à medicação prescrita pela CF de referência, e que, por conta disso, procurou outros locais de atendimento psiquiátrico na rede. No novo local encontrado por Amália, o jovem pôde ser acompanhado por um psiquiatra por dois anos consecutivos.

Em 2019, Lucas retornou ao Capsi devido às dificuldades encontradas no local em que

estava fazendo seu tratamento. Ele demonstrou ser um jovem quieto, que desconfiava da equipe, e demandou alguns atendimentos individuais até se sentir mais confortável para compartilhar suas questões. O jovem, que em 2017 havia passado por um franco surto psicótico na escola, se encontrava demasiadamente desorganizado e com delírios de perseguição, que tornavam difíceis para ele os movimentos de sair de casa, ir à escola, conversar ou até mesmo olhar para outras pessoas. Sentia medo de que todos ‘descobrissem’ quem ele era; sentia-se invadido até mesmo dentro de casa, quando ligava a televisão e via uma notícia, achando que os acontecimentos mencionados pudessem ocorrer em sua residência. Apresentava um estranhamento com o mundo e com ele mesmo. Dizia saber que havia algo errado consigo mesmo e, por conta disso, passava horas no quarto escuro, pensando no que fazer para sair daquela situação. Apresentava embotamento afetivo e humor deprimido.

Desde 2017, devido a uma reação adversa de Lucas ao antidepressivo, Amália optou por cessar-lhe a administração de tal medicamento. No momento do seu retorno o jovem era medicado somente com uma subdose de antipsicótico. Era necessária uma nova avaliação com um psiquiatra. Contudo, em decorrência da ausência de psiquiatra, tanto no Capsi quanto na CF, foi necessária uma articulação com outra instituição para que Lucas pudesse dar continuidade ao seu tratamento, baseado na sua última prescrição.

Com a chegada de um novo psiquiatra na CF, Lucas retornou a esta instituição e passou por uma nova avaliação, sendo diagnosticado com um quadro depressivo. Entretanto, a equipe do Capsi percebeu, através de atendimentos familiares e individuais, que o caso de Lucas se tratava mais de um quadro psicótico. Acreditava-se que a avaliação da CF tenha ocorrido mediante atendimentos familiares, nos quais, como observado pelo Capsi, apenas Amália relatava o que acontecia com Lucas, enquanto ele mesmo se calava. Entretanto, em

atendimentos individuais, os relatos de Lucas divergiam dos relatos da mãe, demonstrando seu sofrimento por outra ótica. Por conta disso, foi sugerido à CF que Lucas fosse atendido individualmente. Então, após novo atendimento, sua medicação foi alterada, com aumento do antipsicótico e do antidepressivo.

Mesmo com as doses aumentadas, Lucas não começou o tratamento prontamente. Por conta da reação adversa à medicação que ele apresentou em 2017, Amália sentia-se insegura em medicá-lo com o antidepressivo. Foi necessário um trabalho de conscientização para que ela se sentisse segura para dar a medicação ao jovem. Então, após um tempo, tendo sido acolhida em seus receios e amparada pela rede de saúde mental, Amália iniciou o tratamento de seu filho.

Após alguns meses de tratamento, notou-se uma melhora no ritmo de produção dos pensamentos de Lucas, por conta do trabalho terapêutico aliado à medicação. Ele se encontrava com mais desejo de sair de casa e ir à rua. Nos atendimentos, conseguia olhar nos olhos dos membros da equipe. Além disso, começou a despontar-lhe um desejo de retornar à escola.

Em um determinado momento, em uma consulta com Lucas e sua mãe, em meados de julho de 2019, Amália surpreendentemente relatou que o jovem iria interromper os estudos no colégio que frequentava e recomencá-los em outra instituição somente no ano seguinte. Lucas apenas abaixou a cabeça e concordou com a mãe. Amália justificou que Lucas possuía uma defasagem de conhecimento devida às faltas no corrente ano letivo, e também por sua aprovação via Conselho de Classe, nos últimos dois anos. Por conta disso, em uma decisão conjunta, a família e a escola decidiram que seria melhor para Lucas que ele fosse para um colégio 'mais fácil'. Solicitou-se, no entanto, que tal decisão não fosse tomada naquele momento.

Em um atendimento individual seguinte, Lucas foi questionado sobre o colégio. Ele, então, falou sobre seu desejo de prosseguir na escola, sobre querer se formar com seus

colegas de sala, e a importância de passar de série. Relatou estar tentando estudar, mas que, pela dificuldade com o conteúdo, gostaria de ter uma explicadora e de se sentar à frente, na sala de aula. Contou sobre se sentir invadido pelo olhar dos outros, em sala de aula, e que, por vezes, a permanência na instituição lhe causava demasiado mal. Então, juntamente com Lucas, foram criadas estratégias para ele estar em sala de aula, tais como abaixar a cabeça quando os olhares lhe fossem insupportáveis, e se ausentar da sala por algum tempo. Contudo, Lucas relatou as dificuldades junto à própria instituição para conseguir acordar as saídas mais cedo, e como isso era um obstáculo para ele estar na escola. Foi perguntado a ele sobre a possibilidade de suas questões serem levadas para uma conversa presencial com a escola e sobre possíveis formas de mantê-lo no ambiente escolar. Lucas concordou.

O Capsi, que possuía um contato prévio com a escola, marcou uma reunião presencial para discutir a urgente situação de Lucas. Compareceram dois representantes da escola, bem como dois representantes do Capsi. A escola afirmou que Lucas não mais conseguiria passar de ano através do Conselho de Classe, caso precisasse, pois houve o entendimento de que sua 'condição' não o prejudicava cognitivamente. Por conta disso, o jovem seria avaliado como todos os alunos, e, pelo fato de sua base de conteúdos estar irregular em relação à classe em que se encontrava, haveria uma chance de ele repetir de série.

A possibilidade de repetir um aluno como Lucas era cerne de receio para a escola, por não saberem como ele reagiria e temerem uma piora no seu quadro. Então, a solução discutida entre escola e família foi transferi-lo para uma escola 'mais fácil'. A representação do Capsi perguntou qual a opinião de Lucas sobre aquela situação, e a escola relatou que não houve uma reunião que o incluísse, apenas conversaram com Amália. Inclusive, sempre que chamavam Lucas para alguma conversa, o jovem permanecia olhando para baixo e apresentava respostas curtas.

Conforme acordado com Lucas, a escola foi informada sobre seus atendimentos no Capsi, sobre o entendimento de que o jovem se sentia mais confortável nos atendimentos sem sua família, sobre o processo de criação de vínculos e abertura para sua fala, e sobre seu desejo de começar a tomar a nova medicação, por achar que ela o ajudaria a querer sair mais de casa e frequentar a escola. Foram relatados tanto o desejo de Lucas, de continuar na instituição escolar, com a sua turma, como os esforços e obstáculos que ele enfrentava para permanecer na instituição.

A instituição não tinha conhecimento do que se passava com Lucas, até aquele momento. Mesmo nas reuniões com Amália, os relatos de Lucas não eram sequer comentados. Não se tinha ideia do tamanho dos obstáculos enfrentados. Assim foram, então, desenhadas, conjuntamente, estratégias e modos de cuidado para que Lucas pudesse completar bem o seu ano letivo.

A partir da disponibilidade da instituição, foram pensadas aulas de apoio e monitorias para ajudar Lucas nos estudos. Por ele ter perdido as provas do começo do ano, foi levantada a possibilidade de ele realizar as provas seguintes normalmente, sem prejuízo pelas que perdeu. A escola aceitou a possibilidade de mudar o jovem de lugar em sala de aula, e demonstrou cuidado na elaboração de uma justificativa para isso, procurando não expô-lo mais do que o necessário, entendendo que o ato de mudar o local de uma pessoa em sala de aula é um componente importante nas relações sociais de tal espaço escolar. Além disso, foi discutida a possibilidade de Lucas sair mais cedo quando fosse necessário, e a possibilidade de haver uma pessoa no espaço escolar disponível como referência para Lucas conversar quando se sentisse confortável. Discutiu-se também sobre como deveria ser realizada a conversa com Lucas como uma maneira de acolhimento de seu sofrimento. Tanto o Capsi quanto a escola puderam recollher que o diálogo com Lucas devia dar a ele liberdade de falar sobre suas questões

sem que ele se sentisse interrogado, e que seu interlocutor soubesse sustentar o silêncio caso fosse necessário.

Lucas foi informado sobre a discussão com a escola. Ele agradeceu pela ‘coragem’ da equipe, de falar com a escola o que ele não conseguia. Tanto a fala de Lucas quanto a posição que a escola pôde tomar foram exemplos da dimensão do cuidado no paradigma da atenção psicossocial. Lucas tinha desejos e dificuldades, e, sozinho, não conseguia dizer o que queria. A escola, por ver-se sozinha no cuidado, tinha receio e desconhecimento, o que dificultava sua aposta em Lucas. Amália, sua mãe, na mesma situação, sem encontrar um lugar de tratamento para o filho, relatava seu medo de tomar decisões sozinha sobre a medicação.

O trabalho clínico-institucional no cuidado em saúde mental infantojuvenil é um trabalho ampliado, que inclui outros componentes da rede, de natureza clínica ou não, e que atravessam a vida das crianças e dos adolescentes⁸. São como “linhas que costuram seu território”⁸. O território não se confunde com o espaço físico, mas compreende um campo interinstitucional e intersubjetivo, que atravessa a experiência do sujeito e constitui seu lugar psicossocial⁸.

Com o trabalho intersetorial, redes de suporte podem ser construídas, não apenas para os usuários, mas também para os profissionais dos serviços. A ampliação da comunicação e das trocas produz parcerias e compartilhamento do trabalho, qualificando o cuidado⁹. Segundo Matsukura e Tãno⁹⁽³⁾:

Compreende-se que a intersetorialidade se afirma em práticas contextualizadas, sendo apoiada por diferentes atores sociais e relativa a problemas reais e, portanto, somente por meio destes pode ser empreendida. O conhecimento e o saber articulados são produzidos em arenas dialógicas, entendidas enquanto espaços de diálogo e elaboração de alternativas para as problemáticas elencadas a partir dos diferentes sujeitos envolvidos, nos quais distintos interesses, perspectivas e valores são colocados em jogo.

O compromisso das equipes de saúde diz respeito ao exercício da corresponsabilização do cuidado. Esta corresponsabilização dá lugar a relações transversalizadas, que podem superar eventuais disputas de poder e oferecem a possibilidade de produzir saberes, articulações e estratégias, pensadas pelos diversos atores⁹.

Isso é o que se considera importante neste novo paradigma do cuidado: o ‘fazer com’. No momento em que a escola não se viu mais sozinha diante de uma situação grave, tendo parceiros para trocar experiências e ideias, ela pôde modificar a maneira como concebia Lucas e seu sofrimento, assim, dando lugar às dificuldades e singularidades do jovem, acolhendo-o e apostando em seu desejo. Esta segurança da escola tem relação com o trabalho desempenhado pelo Capsi. A partir da legitimação e do acolhimento das demandas da escola, da família, da CF e de Lucas, foi possível mudar a maneira como esses atores sociais lidavam com o caso. O ‘fazer com’ é fundamental para o cuidado psicossocial, que, pelo trabalho em rede, faz compartilhar e qualificar o cuidado, corresponsabilizando cada componente dessa rede. Através de uma aposta no desejo de Lucas, pôde-se desenhar uma rede de cuidados em que cada componente atuou conforme o possível, tendo a certeza de não estar sozinho.

O que se entende por ‘ter saúde’

O caso de Lucas ilustra a ética de uma clínica voltada para o sujeito, tal qual é o trabalho em um Capsi. Como diz Espinosa, a vida ética só é possível no interior dos afetos. A partir do desejo, que “é a força que nos leva ao encontro com algo que sentimos que compõe com a potência de nosso corpo e alma para se conservar”¹⁰, pode-se falar da busca da liberdade e da felicidade. Considerando a ética e os afetos, o que está em jogo é a busca de uma liberdade que não pode ser dissociada

da alegria de viver¹⁰. Considerando a potência dos afetos, pode-se perceber o momento em que os desejos de Lucas são legitimados e postos em primeiro plano. Foi a partir do seu desejo de permanecer no espaço escolar que se abriu um horizonte para seu tratamento. Então, seu desejo entra em consonância com o cuidado de si¹¹, de um sujeito entrando em contato consigo mesmo, compondo uma vida que lhe seja própria.

Quando se coloca o caso de Lucas, é interessante salientar os termos de uma ‘vida mais apropriada’, uma vez que ele frequentemente se calava diante da figura materna e procurava resolver suas questões sozinho, com dificuldades para verbalizar seu sofrimento. Então, quando Lucas afirma o desejo de querer ficar na escola, indo contra uma decisão das instituições família e escola, e sustentando o ano letivo, ele compõe um retrato surpreendente do trabalho que pôde realizar. Assim, percebeu-se uma melhora em Lucas, que passou a se mostrar mais sorridente, com uma postura mais ereta, não mais evitando os olhares, contando piadas e com vontade de sair de casa. Isso foi fruto de um trabalho, de uma aposta e afirmação do desejo de Lucas e do cuidado de si.

Este trabalho não se realizou sem tensões, pois o cenário da saúde mental infantojuvenil sempre foi historicamente invisível e ineficiente quanto à elaboração de políticas públicas¹². No entanto, a RPB acabou por cessar a histórica experiência do não lugar para tal clientela, e a trajetória de dispositivos voltados ao atendimento em saúde mental infantojuvenil se tornou uma realidade no campo.

A primeira política pública destinada para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes foi a Portaria nº 336/2002, que instituiu os Capsi, após séculos de ausência de cuidados voltados para essa população. Antes disso, acumulavam-se práticas segregadoras, punitivas e tutelares, que visavam o que era considerado o ‘verdadeiro’ problema da juventude: a pobreza¹². Diante da falta de palavras, crianças e adolescentes com sofrimento mental

se viam ‘sem lugar’, altamente medicalizadas, sujeitas ao tratamento para suas condutas consideradas inapropriadas¹³. Nestes casos, desinstitucionalizar está para além de desconstruir saberes e práticas psiquiátricas, uma vez que esses saberes sequer foram aplicados para essa clientela.

O caso de Lucas demonstra a possibilidade de produção de um lugar e uma ética de trabalho com crianças e adolescentes. A partir da afirmação do desejo do sujeito, foi possível pensar em maneiras de o jovem continuar na escola. E isso apenas foi possível porque Lucas pôde verbalizar sua vontade de permanecer. Para ele ter dito isso, primeiro foi necessário que confiasse na equipe que o acompanhava, indo contra os discursos tanto da instituição escolar quanto da instituição familiar. A possibilidade de colocar em palavras seus desejos e ter seu discurso legitimado, levado em consideração enquanto uma ferramenta potente no tratamento, demonstra outra forma de olhar para o sujeito e dar eco à sua voz. Dar lugar ao desejo de Lucas, incluindo-o no interior de um projeto terapêutico, possibilitou a construção de outros projetos possíveis, com ele e para ele. Entretanto, não é possível dizer, de antemão, o que será de seu futuro, ou de sua felicidade tão almejada. Isso será construído por ele, e sua rede de apoio o acompanhará no processo.

Entender o espaço escolar enquanto um lugar de produção de saúde para o jovem passa, sem dúvida, por uma concepção sobre o que é a saúde, que, segundo Canguilhem¹⁴, não é a ausência de doença, como compreende o modelo biomédico. Ter saúde significa exercer uma capacidade normativa própria a cada sujeito, de modo que ele possa ‘andar a vida’¹⁴.

Como dito, o paradigma biomédico define a saúde como ausência de doença, buscando causas e tratamentos no campo orgânico. Este paradigma biomédico abre lugar para uma racionalidade biomédica, que modificará a forma como se compreende e lida com o diferente, sendo central no saber e fazer médico a nova concepção de doença, tratando-se, assim, de uma ciência da doença. A biomedicina

compreende o controle das influências do organismo, com uma prática intervencionista, como uma verdadeira obsessão com a ‘saúde perfeita’¹⁵.

A biomedicina possui um caráter generalista, mecanicista e analítico. A perspectiva é o exame do corpo enquanto uma máquina, na busca de causas e consequências, dividindo-o em especialidades, traduzindo-se em formas científicas de abordar o ‘problema’. Com o corpo dividido, a busca por causas a partir do exame empírico, o positivismo da biomedicina, abre alas para o objetivo intervencionista da cura e a tradução objetiva do ser da doença¹⁵.

No que tange a saúde mental, na interseção com a biomedicina se encontra a psiquiatria. Empregada com a intenção de um postulado científico, procura produzir um saber positivo, neutro e autônomo, e, pela experimentação, chegar à verdade da doença¹. Contudo, o mito da neutralidade apenas obstrui a produção de uma verdade, da doença mental enquanto objeto construído pela psiquiatria. Suas extensas classificações funcionam como forma de conhecer o problema sobre “fenômenos que, em última instância, lhe são absolutamente incompreensíveis e que, portanto, cumprem papel meramente ideológico”⁴, resultando na coisificação e conseqüente exclusão do ser considerado ‘doente’. Fica evidente a função social da psiquiatria, de produtora de discursos, práticas e saberes¹⁶.

A RPB colocou esse modelo racionalista em xeque. A dualidade proposta pela racionalidade médica – para a normalidade, a rua, e para a patologia, o muro – é continuamente contestada. Não se trata de uma ciência da doença, mas sim de aproximar o sujeito da sua experiência global, que também inclui o seu sofrimento. Para isso, Basaglia propõe colocar a doença mental entre parênteses. Esta operação pretende:

A negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento; significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas,

produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico⁴.

Não se trata da negação do sofrimento, mas de uma ruptura com o modelo teórico que coisificou e objetificou a experiência humana¹², buscando aproximar-se do homem real, incluindo o seu sofrimento.

Dessa forma, ao considerar a saúde como uma questão psicossocial, entende-se que ela não é a ausência de doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde enquanto bem-estar físico, social, afetivo, buscando sua determinação social, não apenas física e mental¹. É preciso levar em consideração as condições de (re)existir, os determinantes sociais de saúde.

Canguilhem parte do entendimento de que ter saúde, ser saudável, é exercer a capacidade normativa pela qual, à semelhança do que se passa no organismo, pode-se estabelecer novas normas de vida diante de situações diversas¹⁴. A linha entre saúde e doença é demasiadamente tênue, e diferente entre os indivíduos. Cada pessoa deve ser considerada a partir de um ponto de referência, que é absolutamente singular. Nesta perspectiva, ser saudável não pode se definir a partir de uma média estatística ou a partir de uma norma supraindividual¹⁴. Desta forma, a doença se refere à incapacidade de produção de novas normas, correspondendo a uma perda da capacidade normativa. Isto representa um abalo e uma ameaça à existência, uma vez que o indivíduo sem capacidade normativa apresentaria reações catastróficas no meio que lhe é próprio¹⁴.

Pode-se perceber, assim, que a doença representaria uma nova dimensão da vida, e não uma variação da saúde. O estado denominado anormal não é uma ausência de norma, pois o patológico seria justamente a dificuldade de encontrar uma nova norma capaz de restabelecer um equilíbrio, que, no entanto, como argumenta Canguilhem, diferentemente de uma máquina, busca funcionar estabelecendo

ou restabelecendo um estado de equilíbrio estável. Ser sadio, então, diferentemente do ser normal, seria ser normativo. A doença é a redução da margem de tolerância às infidelidades do meio, e ser infiel é o dever do meio. Desta forma, o limite entre normal e patológico é impreciso, o estado de doença apenas pode ser julgado em relação à situação com a qual a pessoa reage, e aos seus instrumentos de ação, oferecidos pelo próprio meio¹⁴.

Pode-se pensar se a possibilidade de construir novas formas e instrumentos para lidar com o cotidiano não seria, finalmente, aquilo que se compreende como atenção psicossocial. Lucas tinha desejo de continuar na escola e, com a construção a partir do trabalho do Capsi no seu meio, foi possível criar um ambiente mais propício para sua existência. Mesmo diante de situações em que não se pôde intervir, como na apresentação de um trabalho em sala de aula, por exemplo, Lucas, no exercício de sua capacidade normativa, pôde cumprir um requisito considerado 'normal' para um aluno. O próprio desejo de Lucas, de permanecer na escola, pode ser entendido enquanto exercício dessa capacidade normativa, que existe a partir do sujeito. Compreende-se, assim, o sujeito enquanto um sujeito de desejos, e não como um portador de doença, como o modelo biomédico o classificaria.

Cabe uma ressalva sobre o que Canguilhem entenderia enquanto cura, e ao considerar uma doença que o modelo biomédico considera 'incurável', como a de Lucas. A cura seria a tentativa do organismo de estabelecer uma nova ordem, procurando a conservação. Pela obtenção de novas constantes, garantiria, assim, uma nova ordem, possibilitando a ele, na expressão do próprio autor, 'andar a vida'¹⁴. Modificar essas novas constantes é perigoso, pois poderia criar uma nova desordem. Desta forma, toda constante – por exemplo, um sintoma psicótico – é nociva e deve ser calada? Ou a tentativa de mudar a ordem estabelecida pelo sujeito, como o sintoma que o sustenta, não acarretaria um desmoronamento daquela existência psíquica? Neste caso, é preciso respeitar a busca de novas normas de cada um.

A tensionalidade da intersetorialidade

Um aspecto fundamental do trabalho de um Capsi é o trabalho intersetorial, considerado imprescindível para uma ação ampliada de atenção, territorializada, cobrindo as complexas questões do cuidado em saúde mental infantojuvenil¹². No aparato das leis, este aspecto do cuidado é ressaltado. A Política Nacional de Promoção da Saúde é a primeira normativa a tratar sobre a intersetorialidade como promotora de saúde e cidadania⁹. A Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), em seu artigo 2, sobre as diretrizes de funcionamento da rede, designa a

organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado¹⁷.

O mesmo documento dispõe sobre a articulação dos Caps e a sua “participação de forma ativa na articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade”¹⁷. A própria criação de Comissões Intersetoriais, disposta na Lei nº 8.080/1990, demonstra a importância da intersetorialidade para o cuidado integral em saúde⁵.

Nesse contexto, o trabalho proposto pelos Caps tem como diretrizes a intersetorialidade, a integralidade da atenção, o cuidado em rede e de base comunitária¹². O cuidado psicossocial foca no sujeito e no coletivo, na sua (re)inserção social, com a aposta na inclusão, cidadania e autonomia como formas de possibilitar a existência³. Fica evidente que o trabalho a ser desempenhado não se traduz em uma excessiva medicalização, no controle de condutas ‘estranhas’ ou na manicomialização¹³.

O (re)encontro com a cidade, como cuidado proposto pela RPB, ocasiona embates e tensões¹⁶. A intersetorialidade se justifica por uma forma de cuidado que, compreendendo o sujeito de forma integral, busca atuar em seus diversos contextos e singularidades,

construindo um cuidado cada vez mais qualificado¹³. As instituições, integrando-se em uma rede de corresponsabilização, podem intervir nos diversos aspectos da vida dos sujeitos, favorecendo sua inclusão e sua cidadania⁹.

A intersetorialidade e o trabalho em rede são as principais estratégias para um cuidado potente, uma vez que permitem lidar com as questões complexas do cuidado em saúde mental¹³. Permitem, igualmente, a afirmação dos sujeitos em práticas contextualizadas, operando, assim, no real. Somente podem ser empreendidas a partir das tensões, de atores diferentes e de problemas reais, criando, assim, espaços de diálogo, com elaboração de diferentes alternativas. Os embates são positivos, como formas de circulação dos saberes, demandando a configuração de novos olhares. Desta forma, o trabalho em rede e intersetorial configura-se como uma micropolítica, procurando a transformação de práticas hegemônicas cristalizadas e a formação de novos discursos sobre a loucura, visando à garantia dos direitos.

O exercício intersetorial contribui também para o questionamento em relação aos entendimentos sobre o sofrimento psíquico, que se fundamentam em uma linearidade biomédica oriunda dos diagnósticos nosológicos e classificatórios que condicionam a compreensão ‘técnica’ sobre os contextos de vida por meio de checklists e protocolos⁹.

A RPB propõe a desinstitucionalização, apontando para o fim dos manicômios e a desconstrução dos saberes e das práticas do paradigma psiquiátrico, não como uma desospitalização ou desassistência⁴. Pelo fato de o modelo asilar não se sustentar apenas com suas estruturas físicas, é necessário colocar em xeque o manicômio enquanto um dispositivo social, para, assim, desconstruí-lo e fazer emergir novos discursos e saberes sobre a loucura, outro paradigma sobre o sofrimento mental¹⁶.

A desinstitucionalização, desta forma, é um processo também de transformação social, de reencontro da cidade com a loucura⁴. Este

processo conta com uma carga de tensionalidade, uma vez que os saberes e práticas asilares estão cristalizados no social e nas formas de se operar nas instituições, se configurando em relações de opressão e violência¹⁶. Um exemplo disto é a manutenção do mito de periculosidade do louco, que se iniciou na construção dos Hospitais Gerais, no século XVII, permanece ainda hoje no imaginário social e é reproduzido nos discursos¹.

Conforme a discussão de caso apresentada, o espaço escolar é um lugar potente para a constituição do jovem⁹, lugar de trocas sociais e construção de uma identidade durante o adolescer. Contudo, a própria escola é uma instituição da violência, de reprodução de relações de opressão e de poder, capturada pelo discurso asilar¹⁶. Aspectos do estigma da loucura são encontrados neste espaço, como, por exemplo, a forma de lidar com o diferente como algo a ser consertado e normalizado.

Em nome de tutelar e proteger, muitos desca-minhos são construídos, submetendo os jovens à mortificação de sua palavra, ao exercício cruel da institucionalização, ou à intervenção adaptativa dos especialistas. Neste aspecto particular, equivalem-se crianças e os 'loucos de toda ordem': são considerados os seres da desrazão, a requerer a sabedoria iluminada dos tutores, sejam eles médicos ou juízes¹³.

Crianças e adolescentes, excluídos das agendas de debates e políticas públicas de saúde mental¹², demonstram que o paradigma asilar ultrapassa os muros dos hospícios. A loucura fica sob a égide do estigma da deficiência, e há a necessidade de readaptar crianças para se transformarem em adultos produtivos, criando dispositivos mais pedagógicos do que clínicos¹³. Somando-se a isto, encontra-se a psicologização ou psiquiatrização das demandas advindas das escolas, com o objetivo de alteração de condutas para permanência no espaço escolar. Desta forma, percebe-se o conseqüente sequestro de cidadanias, pelo estatuto de indivíduos a 'serem tutelados'¹⁶.

A assistência à clientela infantojuvenil colocava toda uma gama de aspectos considerados 'problemáticos' sob o discurso da deficiência¹³. No exemplo de Lucas, a escola relatou a impossibilidade de ele ser aprovado em um conselho especial, já que precisaria haver um diagnóstico de problema cognitivo, desconsiderando, nesse sentido, o funcionamento psíquico do jovem.

No caso estudado, a instituição escolar apresentava uma dificuldade para lidar com Lucas. Nas reuniões sobre seu caso, apenas sua mãe comparecia; nos momentos em que ele era chamado para conversar, permanecia quieto. Por conta do silêncio de Lucas, a instituição questionava seus professores e colegas sobre seu comportamento, e buscava mais informações. É importante ressaltar o aspecto negativo disto para Lucas, que constantemente dizia que as pessoas falavam sobre ele, que sabiam quem ele era 'de verdade', o que lhe representava um sofrimento. Todos tinham medo de insistir nos estudos de Lucas.

Esse modo de a escola lidar com a diferença que Lucas apresentava refere-se ao lugar de tutela em que ele era colocado, tanto por ser jovem quanto por ter um sofrimento mental considerável. Historicamente, as políticas públicas para crianças e jovens os colocam no lugar objeto, sem considerá-los enquanto sujeitos. Observa-se uma mudança neste aspecto apenas com o advento do ECA, em 1990, e com a instituição da Doutrina de Proteção Integral¹². Contudo, apenas implementar leis não ocasiona uma transformação no imaginário social e nas práticas.

Além do lugar de jovem, Lucas ocupa o lugar de sujeito com um diagnóstico grave, do qual a escola estava ciente, tendo sido palco de seu primeiro surto. O aspecto da manicomialização do espaço escolar acaba por constranger o sujeito e reduzi-lo ao seu diagnóstico, conferindo-lhe o lugar de pessoa a ser tutelada por terceiros, sem capacidade de decisão por si própria¹⁶. Esta ausência de lugar configura-se em uma forma de exclusão do sujeito. E esta representação em torno da loucura acarreta

consequências danosas ao cotidiano dos sujeitos¹⁶. Desta forma, fica evidente que qualquer transformação que se pretende operar na saúde mental infantojuvenil necessita rever o exercício histórico da tutela¹³.

Considerando esses aspectos, o trabalho intersetorial é imprescindível para a atenção psicossocial⁹. O diálogo com a escola se fez essencial para a discussão sobre uma maneira de trabalho com Lucas, entendendo o que aparecia para a escola e o que chegava ao Capsi. Desta forma, comportamentos que apareciam para a escola, como falta de interesse e sono, podem ser vistos como uma maneira de o jovem lidar com as invasões que sentia em sala de aula e ainda poder habitar tal espaço. A abundância de discursos da figura materna e ausência de discursos de Lucas pôde tomar outro lugar, em uma tentativa de tornar o ambiente escolar acolhedor e propício para que o jovem se sentisse amparado e dissesse coisas sobre si mesmo. Assim, a instituição escolar pôde conceber a diferença do funcionamento psíquico de Lucas, dando lugar à sua singularidade e construindo uma aposta no desejo do jovem, de forma responsável.

A mudança na maneira de atuar da instituição foi possibilitada pelo acolhimento das suas demandas e dificuldades por parte do Capsi, que, saindo do lugar de um suposto saber, pôde dialogar com o outro, legitimar suas dificuldades e colocar suas demandas a trabalho, assim construindo ‘com’ a instituição. O trabalho em rede somente pôde se efetivar a partir da corresponsabilização do cuidado⁹, na qual os componentes não se viram sozinhos, mas tiveram a certeza de poderem dialogar e compartilhar entre si.

A mudança de paradigma e a RPB são processos de transformação do lugar social da loucura e de um novo modo de lidar com o sofrimento mental que ainda estão em andamento. Resquícios mais ou menos gritantes e alarmantes sobre o modelo manicomial ainda se encontram nas instituições. Desta forma, o trabalho em rede e intersetorial é essencial para a construção de um novo discurso sobre a loucura e um cuidado psicossocial integral.

Considerações finais

A partir da RPB, observa-se uma mudança na forma de atuar sobre a saúde mental, com a negação da instituição manicomial e a desconstrução dos saberes psiquiátricos. A psiquiatria tem como alicerce o paradigma biomédico, funcionando como dispositivo social e promotor de capturas manicomiais. Com a transformação operada pela RPB, surge o paradigma psicossocial, modificando a forma de se conceber o sujeito em seu sofrimento, entendendo-o enquanto ser integral, dentro de um contexto que o afeta e o subjetiva, reconhecendo-o enquanto sujeito, com uma dimensão subjetiva e desejante. Esta transformação coloca em xeque o que se entende como saúde e doença. Saúde não é mais considerada como ausência de doença, e sim como exercício da capacidade normativa.

Através deste estudo de caso, sustenta-se o lugar de sujeitos de crianças e adolescentes, apostando no cuidado integral e psicossocial, e nas práticas em rede, que são preceitos da RPB. O cuidar passa por assegurar ao sujeito a centralidade do seu projeto terapêutico, acolhendo e legitimando suas demandas e seu sofrimento. No relato exposto, a intervenção com os componentes da rede de Lucas e a sua necessidade de ser ouvido individualmente permitiram construções inventivas de cuidado. Além disso, foi a partir do acolhimento da demanda e das dificuldades da escola que tais construções puderam ser postas a trabalho. Apenas através da corresponsabilização do cuidado entre os componentes da rede está sendo possível afirmar o lugar de Lucas no centro do projeto terapêutico.

É a partir do sujeito que os dispositivos vão atuar, com os seus contextos e o real de suas vidas. Entretanto, em contato com instituições distintas e, algumas vezes, capturadas pelo discurso manicomial, o exercício da intersetorialidade é tensionado. Esta tensão se mostra benéfica ao permitir uma circulação de saberes, possibilitando uma transformação

no social, em um movimento micropolítico. Desta forma, o cuidado é qualificado com cada instituição atuando na promoção de saúde do sujeito, da sua autonomia e cidadania.

Colaboradora

Tavares JN (0000-0003-0127-8306)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Amarante A. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo. 2011; 22(2):93-101.
3. Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, et al. Conceito de Integralidade na Atenção em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica. *Rev. Min. Enferm.* 2009; 13(1):147-152.
4. Amarante P. O homem e a serpente: Outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. [acesso em 2021 fev 10]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/prmpv>.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990 [internet]. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
6. Neta FTB, Lemos FCS, Bicalho PPG, et al. Uma Análise Crítica de Propostas de Emendas Constitucionais para a Redução da Maioridade Penal. *Rev. Bras. Adol. Conf.* 2015; 13:87-317.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos*. Brasília, DF: MS; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil*. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2005. [acesso em 2021 fev 10]. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf.
9. Matsukura TS, Tãno BL. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Rev. Physis*. 2019 [acesso em 2021 fev 10]; 29(1):1-27. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100607.
10. Sawaia BB. Psicologia e desigualdade social: Uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicol. Soc.* 2009 [acesso em 2021 fev 10]; 21(3):364-372. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300010.
11. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface* 2004; 8(14):73-92.
12. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclu-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- são tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.* 2015; 27(1):17-40.
13. Couto MCV. Novos desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: 3º Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-15; Brasília, DF: MS; 2002. p. 133-142. [acesso em 2021 fev 10]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf.
 14. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 6. ed. revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. p. 71-80.
 15. Camargo KR. A biomedicina. *Rev. Physis.* 2005; 15(supl):177-201.
 16. Basaglia F. *A instituição negada: relatos de um hospital psiquiátrico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001. p. 99-133.
 17. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [internet]. 21 Maio 2013. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Recebido em 01/03/2020
Aprovado em 10/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Trajetórias compartilhadas: experiências de estudantes, usuários e familiares de serviços de saúde mental em ações de ensino-aprendizagem em saúde

Shared trajectories: experiences of students, users and family members of mental health services in teaching-learning actions in health

Maria Ines Badaró Moreira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012718

RESUMO Este artigo tem como objetivo analisar o protagonismo de pessoas com sofrimento psíquico intenso nas ações de ensino-aprendizagem em saúde, componente fundamental de atividades no âmbito do tripé universitário. Trata-se de estudo de caso sobre espaço de compartilhamento de saberes sobre saúde mental, que revela a importância do saber da experiência no espaço acadêmico e destaca modos de aprender e ensinar sobre as diferentes nuances do viver o sofrimento psíquico intenso em liberdade. Destaca os efeitos dessas ações para os participantes, com ênfase na promoção de debate sobre a luta constante pela garantia de direitos humanos no campo da saúde mental, e, com isso, aponta para o engendramento de novas formas de convívio e trocas sociais. Conclui-se que a experiência de aprender-ensinar sobre o campo da saúde mental, com a participação de usuários e familiares, vem transformando a concepção de cuidado, de integralidade e o sentido do trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Capacitação profissional. Educação em saúde. Usuários.

ABSTRACT *This article aims to analyze the role of people with intense psychological distress in the teaching-learning actions in health, a fundamental component of activities within the scope of the university tripod. It is a case study about a space for sharing knowledge about mental health, which reveals the importance of knowing the experience in the academic space and highlights ways of learning and teaching about the different nuances of experiencing intense psychological suffering in freedom. It highlights the effects of these actions for participants, with an emphasis on promoting debate on the constant struggle for the guarantee of human rights in the field of mental health, and, with that, points to the creation of new forms of social interaction and exchanges. It is concluded that the experience of learning-teaching about the field of mental health, with the participation of users and family members, has been transforming the concept of care, integrity and the meaning of health work.*

KEYWORDS *Mental health. Professional training. Health education. Users.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
mibadaro@gmail.com



Introdução

A formação em saúde sustentou-se em sólidas raízes no modelo de homem biológico, com consequente esvaziamento do sentido do sofrimento psíquico. O momento denominado como a grande internação¹ inaugurou uma abordagem aos transtornos pautada na observação, sistematização e na busca de tecnologias de tratamento e remissão dos sintomas do que foi denominado como doença mental. Na mesma via de compreensão, o nascimento da clínica² fortaleceu o diagnóstico e as intervenções silenciadoras das expressões da loucura que perduram até os dias atuais³.

Esse modo de funcionar se fortaleceu nos últimos duzentos anos, sob a influência de relações de poder subvertidas na compreensão das síndromes ou dos transtornos psiquiátricos em busca da cura. O silenciamento da loucura contribuiu para o desaparecimento do homem, coisificado, sob diagnósticos psiquiátricos equivalentes a um etiquetamento⁴. Seu efeito transcende a esfera psiquiátrica e atinge diversas instituições da violência⁵, sustentadas na organização societal excludente e seletiva. Neste sentido, o hospital psiquiátrico se tornou local privilegiado para produção de um campo específico de saber considerado científico, que se tornou modo hegemônico de tratamento², cindindo o saber sobre a loucura da experiência vivida pela pessoa.

A separação entre o conhecimento e a experiência da loucura legitimou a Psiquiatria como supremacia de saber e fez com que as intervenções se tornassem também expressão de um saber-poder² em nome do tratamento. Considerado inapropriado para o convívio, o sujeito foi silenciado, a experiência trágica, a frustração, o fracasso, o sofrimento em geral foram se afastando do cotidiano das pessoas e passaram a ser nomeados como categorias psicopatológicas⁶. A partir da consolidação do hospital psiquiátrico como o lugar para a loucura¹, o exercício do saber-poder espraiou-se para os técnicos e para a equipe^{7,8}.

Para Franco Basaglia^{4,5}, a história da loucura no ocidente é a história de um sistema de poder sobre o qual está fundamentada a organização capitalista de nossa sociedade. Para a manutenção e o exercício do poder, coube aos técnicos criarem formas de violência mistificadas através de seus tecnicismos, cuja função é ampliar a distância e as fronteiras da exclusão⁵. Trata-se da confirmação do monólogo psiquiátrico sobre a loucura, retratado pelo desprezo dessa experiência também como um saber.

Nesse monólogo, está implícito o silenciamento da loucura² e de suas expressões, a desqualificação de sua linguagem e seu modo de agir, a infantilização de seus atos e a desconsideração de suas opiniões. As intervenções hegemônicas nesse campo foram forjadas a partir da destituição do valor do louco como cidadão, inseridas em espaços excludentes e instituições de violência⁵. Por isso, a instituição a ser negada, para além do hospital psiquiátrico como arquitetura e seus muros em si, é aquela em que a “violência é exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina”⁵⁽¹⁰¹⁾. Trata-se de um modo de se relacionar que coloca o homem entre parênteses⁹, a fim de analisar, sistematizar e interpretar seu sintoma. Esse tipo de instituição se fortaleceu e avançou, ao longo dos anos, no sentido de silenciar a expressão da loucura.

Ao anunciar que violência e exclusão estão na base das relações sociais, a desinstitucionalização convoca à reflexão sobre as dispersas situações em que impera a violência, sugerindo que a supremacia do saber técnico pode mantê-la ao oprimir e desqualificar o conhecimento advindo do mundo das pessoas consideradas loucas. Neste sentido, é imperativo buscar possibilidades de construir novos modos de produzir conhecimento que impliquem estabelecer relações menos hierarquizadas, em que o cuidado se torne o pilar para práticas desinstitucionalizantes⁹. Essas transformações demandam a necessidade de reconstruir o objeto de trabalho que o saber psiquiátrico simplificou e objetivou.

Ao colocar o homem entre parênteses⁹ para analisar, sistematizar e interpretar seu sintoma, tomou-se como tarefa desvalorizar e negatizar a expressão da loucura em busca de tratamentos. Em oposição, ao apreender a loucura como condição humana, coloca-se a própria loucura entre parênteses em exercício de escuta e compreensão do modo de viver a condição de sofrimento, sem prescindir de entender os seus efeitos cotidianos.

A partir do paradigma desinstitucionalizante⁹, o trabalho em saúde mental pretende reconstruir o objeto da saúde mental que foi simplificado pelo modo de valorizar o conhecimento produzido sobre as pessoas, em busca de devolver sua complexidade na compreensão do sofrimento humano. Para isso, faz-se necessária uma aproximação com a loucura, de modo menos verticalizado. Ao mesmo tempo, devolver a complexidade da loucura significa ampliar o leque de estratégias e ações necessárias para enfrentar os desafios de viver e ser cuidado em serviços que garantam sua liberdade. É necessário compreender o efeito negativo das instituições da violência⁵ para insurgir uma instituição a ser inventada¹⁰, e, nesse sentido, a formação para o trabalho em saúde deve, também, ser revisitada.

Para isso, a formação para o trabalho em saúde deve ser convocada a transformar o modo de olhar e fazer em saúde, a partir da reconstrução de um novo objeto para a saúde mental. Com esse compromisso, foi elaborado o Projeto de extensão 'Trajetórias: protagonismo de usuários de serviços de saúde mental nas ações de ensino-aprendizagem em saúde'¹¹, no âmbito de uma Universidade Federal vocacionada para formação de profissionais de saúde a partir da integralidade e do trabalho interprofissional¹². Ao longo de mais de cinco anos, usuários, familiares e estudantes são inseridos em diferentes momentos para trocas de conhecimento e experiência. Foram tomadas como inspiração as diversas experiências em que os usuários de serviços de saúde mental são convidados a participar ativamente da formação^{13,14} e, também, das pesquisas¹⁵⁻¹⁷.

Este artigo tem como objetivo analisar o protagonismo de pessoas com sofrimento psíquico intenso nas ações de ensino-aprendizagem em saúde, componente fundamental de atividades no âmbito do tripé universitário.

Material e métodos

O método qualitativo foi utilizado, e, para análise, foram destacados os temas relevantes¹⁸. Tomou-se como estudo de caso¹⁹ o Projeto de extensão Trajetórias. Durante o período de três anos, foram realizadas entrevistas com todos os participantes, e, ao final de cada ano, ocorreu um grupo focal com alunos extensionistas e participantes externos, com vistas à análise dessa inserção e dos seus possíveis efeitos para a formação em saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas, assim como o conteúdo dos grupos focais. Todas as pessoas envolvidas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para este manuscrito, também foram reunidas informações de relatórios anuais do Projeto de extensão, registros de atividades, fragmentos de diários de campo e produções coletivas. O material coletado foi organizado por ordem cronológica e por tipo de atividade realizada. Em seguida, procedeu-se à análise temática¹⁸, que consiste em descobrir núcleos de sentido nos documentos analisados, cuja presença contribua para o objeto analisado.

A pesquisa sobre protagonismo de usuários de serviços de saúde mental nas ações de ensino-aprendizagem em saúde foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição de ensino em que as atividades são desenvolvidas, sob o número CAAE 00265218.5.0000.5505, com número de aprovação do parecer: 3.009.844. Todos os cuidados éticos foram respeitados.

Os participantes deste estudo somam 58 pessoas, entre estudantes com idade média de 20 anos, usuários de serviços de saúde mental, com média de idade de 32 anos, e familiares com idade média de 65 anos. Conversas informais e entrevistas semiestruturadas foram

realizadas em salas da Universidade e se subdividiram em vários encontros após as atividades semanais regulares no Projeto Trajetórias. As reuniões ocorrem semanalmente, e os participantes chegaram ao Projeto por meio de convites realizados em eventos, reuniões e demais encontros da Frente Antimanicomial da região ou referentes à luta antimanicomial. As atividades se desenvolveram com portas abertas e acolhem qualquer interessado, valorizando os convidados dos participantes iniciais em um mecanismo de bola de neve. Assim, configurou-se um grupo de vínculos afetivos que se fortaleceram com a continuidade das ações construídas conjuntamente e que passaram a propositores e gestores, como também alguns interessados se tornaram oficinairos dentro do Projeto.

Um caminho para construir novas trajetórias...

O Projeto de extensão Trajetórias¹¹ surgiu a partir de demanda e sugestão de participantes após finalização de pesquisa sobre ações de saúde mental na atenção básica. Elaborado como solução de compromisso entre os envolvidos, essa proposta se estruturou a partir da manutenção de um espaço de reflexão sobre o sofrimento psíquico, a rede de atenção psicossocial e a vida cotidiana.

O Projeto foi concebido a partir de diferentes experiências, em que pessoas com transtornos psíquicos graves participam de atividades acadêmicas¹⁴⁻¹⁷. Tomado como estudo de caso, assume como objetivo geral promover espaço de troca de saberes sobre saúde mental e direitos humanos, a partir do protagonismo de usuários e familiares de serviços de saúde mental inseridos em amplo plano de ações de ensino-aprendizagem em saúde. Também realiza encontros temáticos para circulação do saber acadêmico e de saberes advindos da experiência; valoriza diferentes saberes sobre saúde mental; resgata espaço de convívio e de produção de relações sociais; debate sobre

importantes temas em saúde mental e políticas públicas; produz reflexão sobre o papel da universidade frente a grupos vulneráveis e excluídos do processo acadêmico; insere diferentes protagonistas no cenário da saúde para promover fazeres em conjunto; incentiva a produção de conhecimento coletivo e solidário; define e realiza estratégias de inclusão de usuários de serviços de saúde em diferentes espaços sociais e de expressão artística.

Os participantes regulares são estudantes de diferentes cursos, familiares e usuários de serviços de atenção psicossocial, com mais de trinta usuários em participações flutuantes. Juntos, desenvolvem atividades com múltiplas linguagens expressivas, entre as quais estão: rodas de conversa, oficinas, aulas abertas e inserções artísticas.

Os encontros semanais são realizados em uma sala de aula da Universidade, expandindo para espaços abertos e praças públicas. Ao final de um conjunto de ações, realizam-se aulas abertas que ocorrem no saguão da Universidade, momento em que a comunidade local se insere em atividades de convívio e de reflexão sobre saúde mental, rede de atenção psicossocial, espaços de cuidar e, também, sobre o combate à discriminação e a luta pelos direitos humanos.

Nas rodas de conversa, com metodologias da educação popular²⁰⁻²², ocorrem debates de questões sugeridas pelos participantes com as seguintes temáticas: cotidiano, necessidades e demandas de saúde, desafios de convívio em sociedade, família, moradia, trabalho, cidadania e direitos subtraídos. Para acessar o conhecimento e a experiência singular dos participantes, são utilizadas diferentes estratégias por meio de relatos de experiência, histórias contadas, estímulo a escritas coletivas, poesias e narrativas.

As oficinas psicossociais²³ com expressões artísticas de múltiplas linguagens revelam importante estímulo para produções expressivas individuais e coletivas. Além disso, a promoção de ações e espaços de convívio e a inserção em diferentes espaços públicos

ampliam as trocas sociais. As expressões de arte, como estética e política²⁴, são importantes instrumentos utilizados tanto no sentido de estimular a expressão dos participantes como de promover produção artística por meio de ações que permitam avançar na expansão da vida e aumentar a circulação na cidade.

Além disso, são elaborados manifestos, relatos individuais e coletivos, contos e poesias, em um movimento em que todos ensinam e todos aprendem em ensaio contínuo de reciprocidade e horizontalidade na produção de conhecimento, em experiência de ensino-aprendizagem, em que os envolvidos realizam ações horizontais colaborativas. Com esse amplo leque de intervenções, procura-se ampliar os modos de intermediar reflexões sobre o campo da saúde mental e a luta pelos direitos humanos, como indissociáveis. Em um trabalho constante de convite para produção de novas utopias²⁵ comprometidas com o cuidado em liberdade, por defender que: “uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade”²⁶⁽⁷²⁾.

Os efeitos para a formação em saúde: experiências e trajetórias

As ações mencionadas revelam espaço de aprender e ensinar em que são descobertas diferentes nuances da cena cotidiana de viver o sofrimento psíquico intenso e de produzir formas de cuidado em liberdade. A máxima basagliana ‘a liberdade é terapêutica’ é bússola, por se tratar de uma experiência em que se articula o tripé universitário de ensino-pesquisa-extensão, que se revela como espaço profícuo para se pensarem novos modos de cuidar do sofrimento psíquico, em que se reafirma o compromisso de ampliar trocas sociais que sejam efetivadas para além dos recursos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)²⁷.

O convite à participação dos usuários responde à reivindicação do movimento inglês

denominado ‘Nada sobre nós sem nós’, que, na década de 1990, exigiu maior envolvimento dos usuários em todos os níveis dos serviços e também nas pesquisas que têm sua vida em análise¹⁴. Assim, a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e dos familiares convida periféricos olhares sobre as dimensões do sofrimento psíquico e dos desafios cotidianos. Outras iniciativas como esta destacam a relevância de se tomar o saber da experiência como produção de conhecimento relevante nesse campo¹⁵⁻¹⁷.

A Universidade em que ocorre esta experiência tem Projeto Político Pedagógico vocacionado à formação para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado, comprometendo-se com a educação interprofissional para o trabalho em saúde²⁸. Se posiciona como recurso territorial e humano, ao realizar ações nos serviços de saúde efetivadas como tecnologias leves²⁹. Ainda que o Projeto Pedagógico²⁶ oportunize situações para construção de um trabalho comum a partir da formação para a saúde¹², os alunos relatam que os contatos com os usuários se tornam mais estreitos e intensos, o que pode ser destacado nas falas dos estudantes:

Percebemos o fazer na área da saúde, tendo esse privilégio de ter os próprios usuários nos dizendo sobre suas experiências, dando pistas do que fazer.

[...] como há bastante diálogo, todos auxiliam com o que têm de melhor.

[...] um duplo desafio-aprendizado: de, em meio a tantas demandas acadêmicas, optar por estar nos encontros semanais que propõem um novo olhar sobre para que/para quem produzimos nosso saber; e de me colocar em uma reflexão acerca das possibilidades do Serviço Social no campo da saúde mental.

[...] pude participar de diversos projetos que contribuíram de modo ímpar. Cada um acrescentou desafios, novos olhares, prática diversas, saberes, mas ainda muito pequeninos e insignificantes frente ao rico e grande processo que vivo aqui.

Nesse Projeto de extensão, os alunos de diferentes cursos se inserem livremente. São estudantes de terapia ocupacional, serviço social, fisioterapia e psicologia. Cabe aos estudantes compilar informações sobre Reforma Psiquiátrica, serviços de saúde mental e desafios dos serviços, e abre-se o debate nas rodas e oficinas, nas quais os temas organizados pelos estudantes encontram o saber dos usuários e familiares. Nesse encontro de saberes, estudantes vivenciam uma experiência de construção coletiva, de respeito ao conhecimento vivo, e, assim, o saber da experiência torna-se fundamental, na medida em que demanda estar junto, tocar e deixar-se tocar em momentos de intensas trocas.

Para Bondia³⁰, a experiência deve ser compreendida como o que “nos passa, nos acontece, nos toca”, sendo necessário tempo para estar junto. É preciso tomar tempo para estar com o outro e viver o encontro de um modo mais lento, em que se possa dar tempo para conhecer o outro, o que requer

parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço³⁰⁽²⁴⁾.

Em tempos corridos no mundo acadêmico atual, essa proposta de seguir devagar pode parecer contramão do produtivismo que impera. Os estudantes destacam essa vivência como marcante e positiva:

Para mim, tem sido um grande aprendizado, pois percebo que sou desafiada a mudar e repensar condutas ligadas ‘no automático’. Dar tempo, ir com calma, exercitar a escuta.

As atividades e oficinas nos permitem desenvolver um campo potencial de criação, de trocas e experiências. Podemos pensar esse espaço como impulsionador, nosso devaneio e imaginação. Sinto o respeito e a valorização das diferenças [...] abertura e disponibilidade ao novo.

[Ou, ainda] [...] possibilitam criar novas formas de olhar para o outro, compartilhar experiências e trocas sobre o cotidiano profissional no futuro.

Nas rodas de conversa, as ações são compartilhadas entre todos os envolvidos, e, assim, definem-se membranas menos rígidas e papéis mais flexíveis, cujo mote principal é a construção de vínculos, em uma forma relacional. As estratégias de circulação de saberes são utilizadas como pretexto e como produções de *intermezzos*, que se colocam na intenção maior de aproximação entre as pessoas. E, também, de constituir um corpo de conhecimento em que todos os saberes são igualmente importantes. Na perspectiva desinstitucionalizante, a transformação necessária para o trabalho em saúde mental deve se centrar na relação, por isso a aposta em rodas de conhecimento compartilhado. Os alunos destacam o que aprenderam para além de conteúdos sobre saúde mental, destacam ganhos pessoais e eventos transformadores:

[...] através desta experiência, chego à conclusão de que temos que aquietar e deixar que o encontro e as novas ideias ganhem forma e vida. É como já dizia Vinicius de Moraes: ‘a vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida’. Desejo que nossos encontros potencializem a luta! (estudante).

Por meio de produções coletivas textuais e artísticas, constituem-se fortes laços entre os participantes externos e os alunos extensionistas, de modo que se referem assim a essas experiências:

Esta escrita me lembra a brincadeira do telefone sem fio, onde a história do começo é totalmente diferente do final. (participante).

Entre as produções textuais coletivas, uma das histórias finalizou assim:

Obrigado a todos pela presença, chegando no horário normal, é um dia vital para organizar a vida. E com toda pontualidade criamos uma rotina, que é partilhada por todos os participantes. Rotina que ocupa sentido junto das demais coisas do nosso tempo. Essa é a nossa vida, vivências e experiências que não acabam mais. Esses encontros, nossas trajetórias, se misturam e podemos aprender a sentir a dor de cada um de nós, assim como dividir as alegrias e bons momentos. É muito bom estar aqui. (texto coletivo).

Além de textos coletivos sobre diferentes temáticas, há o incentivo para produções singulares, como narrativas, contos e poesias. Com trabalho em poesias e por meio da ação colaborativa, dois participantes organizaram coletânea de poesias em livros artesanais, que são comercializados por eles. Esses escritos também influenciam registros dos alunos, que trazem a seguinte escrita:

Criar a magia, identificando sentimentos através das palavras e entonações, é possivelmente o caminho poético. Dar asas ao menino dentro de cada adulto, do sofrimento perante o prazer, de tornar arte o drama, de gritar calado diante dos momentos opressivos e fazer das dificuldades o entendimento. (estudante).

A inserção no espaço acadêmico desse modo de trabalhar coletivo e aberto remete à indissociabilidade entre a saúde mental e a luta pelos direitos humanos como constituintes para estimular novas utopias da realidade²⁵ comprometidas com o cuidado em liberdade. Percebe-se a produção de espaços potentes para trocas de experiências e discussões em que a reflexão sobre as múltiplas dimensões do sofrimento psíquico^{26,29,31} são colocadas em pauta. Estudos que trazem essa vocação indicam a importância e a necessidade de valorizar esse saber e a participação de usuários em vários âmbitos da produção de conhecimento³²⁻³⁴.

Em momentos de maior mobilização, o grupo se propõe a montar uma aula aberta em composição com docentes, grupos atuantes nos serviços de saúde, projetos de estágio e demais projetos de extensão. Nesse momento, os usuários apresentam produções artísticas, realizam oficinas e compartilham a coordenação das atividades com os alunos. A valorização desse trabalho conjunto é relatada pelos alunos da seguinte maneira:

O contato com os usuários e com os familiares me fez aprender muito. Produzir esses encontros e vivê-los é estar afirmativamente na zona de fronteira. Fronteira entre a loucura e a razão, entre o patológico e o sadio, entre a clínica, cultura e a educação. Entre o agir, o calar e o falar, entre o trabalho e o lazer, entre a vida e suas muitas formas possíveis de expressão. (estudante).

A compreensão da Saúde mental como campo³⁵ de trabalho interprofissional em saúde, em que diferentes núcleos de conhecimento se encontram, é assinalada pelos alunos. Em adição a essa ideia, a concepção diagnóstica e simplificada do sofrimento psíquico como doença mental dá lugar à compreensão das suas múltiplas dimensões, devolvendo a complexidade do sofrimento psíquico como condição humana^{9,10}, o que faz surgirem novas variantes sobre o modo como ele pode ser vivenciado:

Essa vivência me proporcionou a compreensão da centralidade do saber e das vivências dos usuários na elaboração das práticas em Saúde Mental e também a indissociabilidade entre o cuidado, o poder dos usuários e a luta pelos direitos. (estudante).

Durante o processo pude ver o quanto o cuidado voltado ao sujeito, e não à doença, é potente para o desenvolvimento de autonomia dos usuários e familiares. (estudante).

A defesa da dimensão relacional como pilar para novas práticas em saúde prevê um esforço

de ultrapassar a simplificação dos complexos fenômenos humanos tomados como doença mental, para encontrar o homem e sua singularidade. Pois,

quando digo que: este indivíduo é esquizofrênico [...] relaciono-me com ele de um modo particular, sabendo que a esquizofrenia é uma ‘doença’ contra a qual nada se pode fazer: minha relação não irá além daquilo que se espera diante da ‘esquizofrenicidade’ do interlocutor⁵⁽²⁸⁾.

Essa é uma denúncia que remete a uma transmutação nada atual, entretanto, ainda fundamental e necessária. Assim, confirma que o novo objeto da saúde mental, nomeado como “existência-sofrimento” das pessoas em relação com o “corpo social”⁹⁽³⁰⁾, exige imersão nas relações e experiências. O caráter inovador dessas ações reside na busca do compartilhamento de saberes, na construção de relações menos verticalizadas e no trabalho em reciprocidade, que se apresenta como uma forma possível de traduzir necessidades para construir novos percursos transformadores das condições concretas de vida. As alternativas realizadas pelos grupos de gestão autônoma de medicação também oferecem espaço ímpar para que essas vozes sejam ouvidas e legitimadas em polifonias^{36,37}.

Esse é um desafio que se reafirma cotidianamente nos encontros com os profissionais dos serviços por eles frequentados. Transformação nada fácil, como destacada contundentemente no relato deste participante:

Acredito que todos aqui, na sala, têm boa vontade para enxergar o doente mental com outros olhos, mas chega uma hora que torna só mais um doente mental na vida de vocês. E, uma vez diagnosticado como doente mental, ficamos para sempre com este estigma. Eu sofro o tempo todo, posso não parecer estar sofrendo agora, mas uma parte de mim está, sempre está. (participante).

O efeito dessas falas é mola propulsora de reposicionamento por parte dos alunos frente

aos desafios do trabalho interprofissional no campo da saúde mental. O convívio pode fazer retomar a complexidade do sofrimento psíquico e, também, o compromisso com o cuidado em liberdade. Ao reconstituir a complexidade do sofrimento psíquico, a ação em saúde mental se conecta a um sentido de cuidar como ocupar-se de alguém enquanto esse alguém transforma sua vida concreta e cotidiana, (re)arranjando sua vida em outros modos, distanciando do que alimenta seu sofrimento⁹.

Ao se tomar esse sentido de cuidar, na perspectiva desinstitucionalizante, como central, podem-se buscar experimentações de práticas menos hierarquizadas e verdades menos sólidas, que permitem uma aventura junto aos indivíduos considerados loucos para se dar lugar à experiência de vivenciar momentos de troca de conhecimento com limites imprecisos entre os saberes produzidos no viver. Efeito exemplificado nos relatos dos estudantes:

Essa é minha busca e acredito que a de todos que participaram deste projeto: enfrentar, lutar, resistir. Ainda há muito a ser feito, ainda há muito a ser conquistado. A roda não para. Precisamos acreditar que alguma mudança já se mostra possível. (estudante).

Construímos laços e partilhamos vivências que me transformaram, além de me darem mais certeza de minha escolha profissional e do caminho que quero traçar. (estudante).

Falas como essas evidenciam o poder transformador dessa experiência para a formação de novos profissionais da saúde. Permite-se afirmar que ocorrem transformações em ambas as direções, como se destaca nos relatos sobre a importância que usuários e familiares dão às vivências e às trocas vividas nesse período, exemplificadas a seguir:

[...] gosto do que escrevemos juntos. Mas precisamos nos organizar, buscar espaço na internet, outro

tipo de público. Vai ter quem goste e quem queira tacar tomates, mas temos que enfrentar quem denegrir o teor de nosso trabalho. Nossas ideias, poesias são ricas. Alguns são simples demais, mas explorar as próprias limitações é uma riqueza do ser humano. Todo ser humano tem potências, mas cada um tem um percurso, um mais retilíneo e outro com muitos obstáculos. (participante).

Trajetórias... Cada um de nós trouxe as suas. E fomos trançando, trocando, ouvindo e falando. Hoje percebemos que não estamos mais sozinhos. Temos uns aos outros. (familiar).

Nunca imaginei que um dia estivesse na Universidade, e hoje participar das conversas de Saúde Mental aqui é bom para mim. Pensava que era para ricos. Estou gostando porque aconteceu comigo. (participante).

Aqui é um espaço de trocas, experiências e partilhas... meus amigos estão aqui na Universidade e não só lá no Naps. (participante).

A gente aprende a viver, aprende a sorrir, aprende a sonhar e leva isso para vida da gente. (participante).

Podem-se destacar efeitos em duas direções. Por um lado, o trabalho coletivo afetou diretamente outras dimensões da vida dos usuários, proporcionando espaço de exercício de cidadania, além da compreensão de seus direitos. Participantes, usuários e familiares passaram a desenvolver maior senso crítico e a construir novos espaços para exercício do poder contratual e autonomia³⁸.

Por outro lado, no âmbito da formação para o trabalho em saúde, os alunos passaram a duvidar das certezas científicas sobre o sofrimento psíquico, tomado como transtornos mentais ou síndromes psiquiátricas distantes da vida das pessoas que as vivenciam. Ambos experimentaram momentos de alegria, de crescimento mútuo, de trocas afetivas, que são elementos fundamentais para insurgirem novos fazeres em saúde.

Considerações finais

A pesquisa apresentou diferentes passagens, em que se confirma o protagonismo de pessoas com sofrimento psíquico intenso, usuários de serviços de saúde mental, nas ações de ensino-aprendizagem em saúde. Também desperta para a produção compartilhada de conhecimentos, que foi intensificada no espaço acadêmico. Além disso, ilustra o crescimento mútuo e a importância do compartilhamento de conhecimento sobre saúde mental, seus atores, estratégias de cuidado e o valor do saber da experiência nesse contexto.

Entre seus efeitos, os dados revelam que essa proposta vem possibilitando o aumento da reflexão política dos participantes, levando-os a se manterem atentos aos seus direitos negados e/ou perdidos. Em consequência, fortalecem-se para a defesa e se posicionam de modo mais exigente em alguns momentos, recusando o contentamento frente ao que recebem como conquistas de direitos que lhes pertencem e não deviam ser a eles negados.

Foi através da pesquisa que o Projeto de extensão Trajetórias teve início. Foi por meio das ações de ensino que ele se fortaleceu e vem se confirmando sustentado no tripé universitário. Assim, toma a produção de conhecimentos como modo de retroalimentar novas pesquisas e projetos com a participação dessas pessoas, nesse espaço profícuo para o debate de ideias.

Pode-se perceber que a experiência de aprender-ensinar com a participação de usuários e familiares vem transformando a compreensão do sofrimento psíquico, assim como as práticas no campo da saúde mental a partir da concepção de integralidade e do sentido de trabalho interprofissional em saúde. E, principalmente, tem aproximado os futuros trabalhadores da saúde do cotidiano de pessoas que vivem a condição de sofrimento psíquico intenso sobre pilares relacionais e horizontais.

Os desafios emergem principalmente da condução de encontros com metodologias abertas para além dos momentos e espaços proporcionados pelo Projeto em si. Também

não é fácil dar visibilidade à produção de conhecimento dos participantes. Somam-se inúmeros manuscritos elaborados que não encontram espaço para publicação e divulgação. Avolumam-se poesias, breves instrutivos, cadernos com novos conceitos, narrativas e demais fragmentos de produção coletiva que exigem encontrar espaço para divulgação. A

busca de parcerias para dar visibilidade a essas produções coletivas é o empreendimento atual.

Colaboradora

Moreira MIB (0000-0001-5798-2023)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Foucault M. História da Loucura. 2. ed. São Paulo: Perspectiva; 1987.
2. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense; 1977.
3. Silva Filho JF. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis AS, Costa NR, organizadores. Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1987. p. 75-102.
4. Basaglia F. Corpo e Instituição: considerações antropológicas e psicopatologias em psiquiatria institucional. In: Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 73-90.
5. Basaglia F. A instituição negada. São Paulo: Graal; 1985.
6. Bezerra JR. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzaelli R, Bezerra Jr. B, Costa JF, organizadores. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 9-34.
7. Basaglia F. Poder e violência no Hospital Psiquiátrico. In: Basaglia F. A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1982. p. 83-91.
8. Basaglia F, Ongaro FB. Los Crimes de La paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresion. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1977.
9. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 17-60.
10. Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 89-99.
11. Moreira MIB, Martins LFS, Celeste AC, et al. Trajetórias: protagonismo de usuários de serviços de saúde mental nas ações de ensino-aprendizagem em saúde. In: Anais do 2º Encontro de Saúde Mental; 2016 dez 2; São Paulo. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2016.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Medeiros M AT, Braga-Campos FC, Moreira MIB. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. *Rev. Nutr.* [internet]. 2014 [acesso em 2020 ago 14]; 27(6):785-798. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000600785&lng=en.
13. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 14]; 26(2):462-474. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200462&lng=en.
14. Phillips R. Consumer Participation in Mental Health Research. *Soc. Pol. Journal New Zel.* 2006; 27: 71-182.
14. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais. *Saúde Mental em Letras Mineiras*. Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
15. Leal EM, Serpa Junior OD. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2020 ago 14]; 18(10):2939-2948. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000018&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000018>.
16. Passos E, Otanari T MC, Emerich BF, et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2020 ago 14]; 18(10):2919-2928. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000016&lng=en.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
18. Yin RK. *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
19. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Educação; 1988.
20. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Educação; 2002.
21. Freire P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Educação; 2001.
22. Afonso L. *Oficinas: um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Edições campo social; 2002.
23. Rancière J. *A partilha do sensível: estética e política*. 34. ed. São Paulo: EXO experimental; 2005.
24. Basaglia F. A utopia da realidade. In: Basaglia F, organizador. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 225-236.
25. Basaglia F. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates; 1982.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [internet]. 24 Dez 2011. [acesso em 2020 ago 14]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
27. Universidade Federal de São Paulo. *A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: UNIFESP; 2006.
28. Merhy EE. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

29. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. bras. educ.* 2002; 19:20-28.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 34. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2020 ago 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
31. Serpa Junior O, Campos RO, Malajovich N, et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis (Rio J.)*. 2014; 24(4):1053-1077.
32. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde debate*. [internet]. 2016 [acesso em 2020 ago 14]; 40(109):86-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200086&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>.
33. Emerich BF, Onocko Campos R, Passos E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos centros de atenção psicossocial (Caps). *Interface comun. saúde educ.* 2014; 18(51):685-696.
34. Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 5(2):219-230.
35. Gonçalves LLM, Campos RTO. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 14]; 33(11):1-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105002&lng=en.
36. Rodriguez BL, Benisty L, Richard P, et al. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2020 ago 14]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/gestao-autonoma-da-medicacao-gam-novas-perspectivas-sobre-bemestar-qualidade-de-vida-e-medicacao-psiquiatrica/13173?id=13173>.
37. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-69.

Recebido em 01/03/2020

Aprovado em 18/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Universidade Federal de São Paulo

Satisfação de negros e não negros assistidos por Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas

Satisfaction of black and non-black individuals assisted at the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center

Nelma Nunes da Silva¹, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira², Mônica Silvia Rodrigues de Oliveira¹, Heloísa Garcia Claro³, Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes⁴, Gabriella de Andrade Boska², Ronédia Monteiro Bosque¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012719

RESUMO Este artigo objetivou analisar comparativamente a satisfação de indivíduos negros e não negros assistidos por Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de três estados brasileiros. É um estudo quantitativo, transversal e avaliativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas seguidas de análise inferencial. Participaram do estudo 707 indivíduos, a maioria homens, autodeclarados negros, com média de idade de 44 anos. Os resultados mostraram que indivíduos negros e não negros estavam igualmente satisfeitos com a assistência ofertada, sobretudo com a competência e compreensão dos profissionais, acolhimento e ajuda recebida, o que contradiz a literatura tradicional que desvela racismo nos serviços de saúde. A avaliação é a de que os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas são locais potentes e diferenciados do sistema de saúde, mais acolhedores e inclusivos, para o cuidado de qualquer tipo de população com necessidades decorrentes do uso de substâncias. Esse resultado é coerente com a história desses dispositivos de saúde em nosso país, sendo serviços centrais da rede substitutiva aos cuidados hegemônicos e asilares.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Pesquisa sobre serviços de saúde. Satisfação do paciente. Grupo com ancestrais do continente africano.

ABSTRACT *The paper aimed to compare the satisfaction of black and non-black individuals assisted by Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in three Brazilian states. This is a quantitative, cross-sectional and evaluative study, with inferential analysis of the data we collected through interviews. A total of 707 individuals participated in the study, mostly men, self-declared black, with an average age of 44 years. The results show that black and non-black individuals were equally satisfied with the assistance offered, especially with the competence and understanding of the professionals, embracement and help received. These results contradict the traditional literature that reveals racism in health services. We believe that the Psychosocial Care Centers on Alcohol and Drugs are powerful and differentiated services in the health system, more welcoming and inclusive of their. This result is consistent with the history of these health devices in our country, being central services in the network that is substitutive of hegemonic and asylum-centered psychiatric care.*

KEYWORDS *Mental health service. Health services research. Patient satisfaction. African continental ancestry group.*

¹Universidade Federal do Amapá (Unifap) - Macapá (AP), Brasil.
nelmans@hotmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem - São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Enfermagem (Fenf) - Campinas (SP), Brasil.

⁴Universidade Federal do ABC (UFABC) - Santo André (SP), Brasil.



Introdução

Com o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, ocorreu um processo de reestruturação dos serviços de saúde mental com objetivo de promover assistência integral e humanizada. Desde 2002, com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (Caps AD), iniciou-se a construção de uma rede de serviços para a população que apresenta problemas com o consumo de substâncias psicoativas. O Caps AD utiliza a lógica de redução de danos e tem por objetivo atender às necessidades dos usuários dos serviços de forma sistemática e ativa segundo o ambiente cultural e comunitário em que estão inseridos, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e da constituição brasileira de igualdade e universalidade¹⁻³.

Todavia, esse acesso universal e igualitário à saúde tem esbarrado num conjunto de fatores que incluem as diferenças socioeconômicas existentes, sendo a população negra bastante impactada por motivos que se relacionam com o longo período histórico de escravidão no Brasil, racismo, pobreza, existência de doenças específicas e por constituir mais da metade da população brasileira (53,1%); são negros (pretos e pardos) autodeclarados, demandando políticas públicas com ações específicas de equilibrar tais diferenças^{4,5}.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde em 2009 com objetivo de combater a discriminação étnico-racial nos serviços de saúde bem como equidade no acesso à saúde da população negra, inclui estratégias para o fortalecimento da atenção à saúde mental, em especial àqueles com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas⁵.

Pesquisas recentes têm mostrado que a população negra ainda tem menos acesso à saúde do que a população branca. A população negra relata que, em algum momento, já foi discriminada durante o processo assistencial. Além disso, a maioria das pessoas negras não

possui plano de saúde (78,8%), dependendo, conseqüentemente, dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e representando mais da maioria do seu público total atendido⁶⁻⁸.

Nesse sentido, o serviço do Caps AD é fundamentalmente importante para a assistência aos indivíduos negros que fazem uso de álcool e outras drogas, tornando-se necessária sua constante avaliação. Estudo recente sobre o padrão do uso de crack mostrou que a maioria desses indivíduos era negra⁹. Em outro estudo de revisão, foi sugerido que o recorte racial é um importante marcador social, que pode gerar evidências científicas e contribuições para melhor atuação dos serviços de saúde¹⁰.

Além disso, a satisfação com esses serviços contribui para melhor qualidade de vida, diminuição no número de internações hospitalares, melhor adesão e frequência ao tratamento¹¹. Logo, um estudo que analise a satisfação de negros e não negros dos Caps AD promoveria mais informações e compreensão a respeito do assunto. Desse modo, este estudo tem por objetivo analisar comparativamente, numa perspectiva racial, a satisfação de indivíduos negros e não negros assistidos por Caps AD de três estados brasileiros.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa avaliativa, transversal de abordagem quantitativa. Participaram do estudo 707 usuários de 30 Caps AD distribuídos em 19 cidades dos três estados selecionados: São Paulo (SP), Minas Gerais (MG) e Amapá (AP). Sortearam-se 30 nomes de possíveis participantes da pesquisa para cada Caps AD. Considerou-se perda mediante recusa ou impossibilidade de contato após cinco tentativas, realizando-se novo sorteio para reposição. O cálculo amostral foi realizado com base em estudo piloto. Incluíram-se indivíduos com idades entre 18 e 65 anos, participantes das atividades do Caps AD há pelo menos seis meses, com problemas decorrentes do uso abusivo e

da dependência ao álcool e outras drogas, com capacidade cognitiva para responder aos questionários e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu de 2013 a 2016. Para avaliar a satisfação com o serviço, utilizou-se a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental Satis-BR. Essa escala foi elaborada pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde e validada para o Brasil¹¹. Um estudo recente de validação sustenta que a escala possui índice de consistência interna (alfa de Cronbach) igual a 0,88, valor considerado válido pela literatura. Além disso, a escala apresentou validade convergente evidenciada pela comparação da correlação com escores de escala que mensura constructo semelhante. Análise de correlação dos fatores com a escala global demonstra correlação positiva e estatisticamente significativa¹¹.

A Satis-BR possui 12 itens agrupados em três fatores para avaliar o grau de satisfação dos pacientes em relação à Competência e compreensão da equipe a respeito do problema do paciente (fator 1); Ajuda recebida e acolhida da equipe (fator 2); e Condições físicas e conforto do serviço (fator 3), incluídos também na escala global. As alternativas de resposta aos itens estão dispostas em uma escala do tipo Likert com 5 pontos, na qual 1 representa que o usuário está muito insatisfeito e 5 que está muito satisfeito com o serviço. O instrumento foi aplicado utilizando-se formulário on-line do Google Forms[®].

Os dados coletados foram tabulados, codificados e processados utilizando-se os programas Stata[®] versão 15 e IBM SPSS versão 20 para Windows[®].

Uma análise de regressão logística múltipla foi realizada para examinar a relação entre as variáveis independentes com o fato de o usuário ser negro ou não negro, controlando-se a análise para escolaridade, alfabetização e renda. A regressão logística múltipla encontra a equação que melhor

prediz o valor das variáveis dependentes para os valores da variável independente, neste caso, negro ou não negro¹². Em outras palavras, a análise permite visualizar a probabilidade de obter um valor particular para os desfechos acontecerem com negros comparados a não negros. Partiu-se do pressuposto que há desigualdade no tratamento dos negros em comparação aos não negros, confirmado pela literatura, uma vez que estudos internacionais e nacionais mostram que o racismo reforça até mesmo a distribuição de recursos na área da saúde, o que se configura obstáculo para saúde integral, universal e equânime¹³⁻¹⁷.

Nesta análise inferencial da desigualdade no tratamento, controlamos as variáveis para renda, alfabetização e escolaridade, para que não se confunda o efeito da variável de raça com esses determinantes sociais. Dessa forma, quando encontrada associação da variável de raça nas variáveis dependentes, pode-se afirmar que esse efeito é independente da alfabetização, escolaridade e renda dos indivíduos. Consideram-se estatisticamente significante os valores de $p <= 0,05$.

O estudo deriva de pesquisa matricial de avaliação dos Caps AD, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob os pareceres 1001/2011 e 054/12, respectivamente, considerando os preceitos éticos da Resolução nº 196/96 e nº 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados

Do total de 707 participantes do estudo, 420 (59,4%) eram negros, dos quais 297 (42%) pretos e 123 (17,4%) pardos, e 287 (40,6) eram não negros. Seu perfil está descrito na distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas segundo estado, sexo, etnicidade, estado civil, renda familiar, alfabetização, escolaridade e idade (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das frequências de variáveis sociodemográficas de usuários dos Caps AD. Amapá-AP, Minas Gerais-MG, São Paulo-SP, Brasil

Variáveis	Frequência (n)	Percentual %
Estado		
Amapá	60	8,5
Minas Gerais	330	46,7
São Paulo	317	44,8
Sexo		
Feminino	302	42,7
Masculino	405	57,3
Etnicidade		
Não-negros	287	40,6
Negros (Preto/Pardo)	420 (297/123)	59,4 (42/17,4)
Estado civil		
Casado	213	30,1
Divorciado ou separado	67	9,4
Solteiro	417	59
Viúvo	10	1,4
Renda Familiar		
Até 2 salários mínimos	503	71,1
De 2 a 4 salários mínimos	148	20,9
Acima de 4 salários mínimos	56	7,9
Sabe ler		
Não	40	5,7
Sim	667	94,3
Escolaridade		
Sem escolaridade	18	2,5
Ensino fundamental incompleto	274	38,8
Ensino fundamental completo	96	13,6
Ensino médio incompleto	86	12,2
Ensino médio completo	134	19
Ensino técnico incompleto	3	0,4
Ensino técnico completo	12	1,7
Ensino superior incompleto	37	5,2
Ensino superior completo	31	4,4
Pós-graduação incompleta	1	0,1
Pós-graduação completa	4	0,6
Não informado	11	1,6
Idade		
Média	44	
Mediana	44	
Mínimo	18	
Máximo	76	

Fonte: Elaboração própria.

Caps AD: Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas.

A *tabela 2* apresenta a distribuição comparativa da frequência percentual de variáveis sociodemográficas e econômicas de negros e não negros. Observa-se que a renda familiar da maioria dos negros (75,2%) é de até 2 salários mínimos, enquanto para não negros o percentual cai para 65,2%. Também se observa que apenas 5,5% dos negros recebem acima de 4 salários mínimos, enquanto para não negros este percentual sobe para 11,4%.

Sobre a escolaridade, apesar de a maioria dos negros (93,3%) e não negros (95,8%) saber

ler, observa-se um maior grau de instrução entre os não negros, pois, tanto no ensino fundamental completo como no médio completo e superior completo, apresentam maiores percentuais comparado aos negros, sendo que estes apresentam ainda maior porcentagem sem escolaridade (33,1%) comparado aos não negros (18,1%).

Quanto ao tempo em que os participantes são assistidos nos serviços, destacamos que há maior proporção de indivíduos negros que frequentam os serviços há menos tempo.

Tabela 2. Distribuição da frequência percentual de variáveis sociodemográficas de negros e não negros dos Caps AD. Amapá-AP, Minas Gerais-MG, São Paulo-SP, Brasil

Variáveis	Não negro Percentual %	Negro Percentual %
Sabe ler		
Não	4,2	6,7
Sim	95,8	93,3
Escolaridade		
Sem escolaridade	18,1	33,1
Ensino fundamental incompleto	25,1	30,0
Ensino fundamental completo	16,4	12,1
Ensino médio incompleto	8,0	6,0
Ensino médio completo	13,2	7,1
Ensino técnico incompleto	1,7	2,1
Ensino técnico completo	4,5	4,5
Ensino superior incompleto	5,6	3,1
Ensino superior completo	5,9	1,4
Pós-graduação incompleta	0,3	0,0
Pós-graduação completa	1,0	0,2
Não informado	0,0	0,2
Renda Familiar no último mês		
Até 2 salários mínimos	65,2	75,2
De 2 a 4 salários mínimos	23,4	19,3
Acima de 4 salários mínimos	11,4	5,5
Tempo de frequência no serviço		
6 meses	8,4	15,5
7 a 12 meses	22,3	21
1 a 2 anos	24,7	22,1
3 a 5 anos	28,2	26,4
Mais de 5 anos	16,4	15

Fonte: Elaboração própria.

Caps AD: Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas.

A *tabela 3* apresenta os resultados da análise descritiva dos escores de satisfação global e por fatores (1,2,3,4) dos participantes para cada item da escala Satis-BR, em valores de mediana. Os resultados mostram uma avaliação positiva da satisfação global em todos os itens, com mediana de 4,4 para negros e não negros.

As questões sobre Ajuda recebida e Acolhida (fator 2) receberam melhor avaliação, com valores de 4,6 pontos para negros e não negros. O mesmo se deu com o fator 1, sobre a Competência e Compreensão da equipe, que apresentou pontuações positivas de 4,5 e 4,4 para negros e não negros, respectivamente.

Apesar de apresentar um bom escore, as

condições físicas e conforto do Caps AD (fator 3) apresentaram a menor pontuação dos itens da escala, com escore de 4,0 pontos para ambos os grupos.

O fator 4 – Satisfat4 comparou os resultados obtidos na Satis-BR com os dados da CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) – escala padronizada de avaliação da satisfação com os serviços de saúde mental, desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen (1979). Essa comparação entre as respostas das escalas visa a reavaliar constantemente a validade concomitante da escala utilizada no estudo. Esse fator também obteve resultado positivo, com valores de 4,6 para negros e 4,5 para não negros.

Tabela 3. Medidas descritivas dos Escores da Escala Satis-BR dos usuários negros e não negros de Caps AD. Amapá-AP, Minas Gerais-MG, São Paulo-SP, Brasil

Fator	Negros (Mediana)	Não Negro (Mediana)
Satisglobal	4,4	4,4
Fator 1: Competência e Compreensão	4,5	4,4
Fator 2: Ajuda recebida e Acolhida	4,6	4,6
Fator 3: Condições físicas e conforto	4,0	4,0
Fator 4: Satis-BR x CSQ-8	4,6	4,5

Fonte: Elaboração própria.

Caps AD: Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas; Satis-BR: Escala de Satisfação; Satisglobal: satisfação global; CSQ: Client Satisfaction Questionnaire.

A *tabela 4* apresenta a análise múltipla de regressão logística da avaliação da satisfação entre os participantes negros e não negros. Os resultados obtidos demonstram que não houve

associações significativas para este estudo, o fato do usuário ser negro, mesmo controlando a influência das variáveis alfabetização, escolaridade e renda.

Tabela 4. Regressão logística da avaliação da satisfação entre os usuários negros e não negros de Caps AD. AP, MG, SP, Brasil

Regressão Logística	Satisglobal	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Negro					
	-0,044	-0,013	-0,06	-0,126	-0,057
	0,038	0,042	0,043	0,067*	0,047
Alfabetização					
	-0,135	-0,115	-0,101	-0,258	-0,089
	0,082*	0,089	0,092	0,142	0,101

Tabela 4. (cont.)

Regressão Logística	Satisglobal	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	-0,004	0,028	-0,059	-0,037	-0,007
	0,05	0,055	0,057	0,087	0,062
Fundamental Completo	-0,064	-0,034	-0,035	-0,215	-0,025
	0,062	0,068	0,07	0,108**	0,077
Médio Incompleto	-0,001	0,088	-0,105	-0,158	0,003
	0,081	0,088	0,091	0,14	0,099
Médio Completo	0,125	0,115	0,03	0,302	0,043
	0,071	0,077	0,08	0,123**	0,087
Técnico Incompleto	-0,096	-0,01	-0,212	-0,221	-0,092
	0,135	0,147	0,153	0,235	0,167
Técnico Completo	-0,235	-0,179	-0,297	-0,338	-0,168
	0,094**	0,102	0,106***	0,163**	0,116
Superior	-0,135	-0,048	-0,241	-0,283	-0,137
	0,083	0,09	0,093**	0,144**	0,102
Renda Familiar					
2 a 4 salários mínimos	0,134	0,109	0,157	0,185	0,161
	0,047**	0,051**	0,053***	0,082**	0,058***
Acima de 4 salários mínimos	-0,007	0,02	-0,023	-0,078	0,016
	0,075	0,082	0,085	0,131	0,093
-cons	4,493	4,476	4,7	4,24	4,538
	0,083***	0,091***	0,094***	0,145***	0,103***
F statistic	2,6	1,4	2,5	3,4	1,3
Adjusted R-squared	0,02	0,01	0,02	0,04	0
N	707	707	707	707	707

Fonte: Elaboração própria.

Caps AD: Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas; AP=Amapá; MG=Minas Gerais; SP=São Paulo; *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01.

Discussão

Participaram deste estudo 707 indivíduos dos Caps AD de três estados brasileiros: SP, MG e AP, com as seguintes características sociodemográficas: a maioria eram homens (57,3%), solteiros (59,0%) e com média de idade de 44 anos. Dados semelhantes a outros estudos da área⁹.

Desse total, 420 eram negros (297 pretos e 123 pardos) e 287 (40,6) eram não negros. Comparativamente, o número de negros (75,2%) que possuem renda familiar de até

2 salários mínimos é maior do que o de não negros (65,2%). E, apesar da maioria dos negros e não negros saber ler, observou-se maior grau de instrução entre os não negros. Tais diferenças nas variáveis sociodemográficas têm sido associadas na literatura internacional ao pertencimento racial que leva a inadequações quanto à condição e estilo de vida, empregabilidade, acesso à alimentação e aos serviços de saúde^{18,19}.

Em seguida, foi realizada avaliação da satisfação frente à assistência recebida por

meio da aplicação da Escala Satis-BR com recorte racial, sob o controle das variáveis alfabetização, escolaridade e renda. Partiu-se do pressuposto que há diferença na assistência oferecida entre negros e não negros, com consequente impacto na satisfação referida.

Nesse caso, a análise de regressão logística múltipla mostrou que não houve diferenças na satisfação global entre os dois grupos populacionais, conferindo uma boa avaliação geral com a assistência prestada pelos Caps AD estudados, sendo esse efeito independente da alfabetização, escolaridade e renda desses indivíduos.

Estudos têm reafirmado que, embora a população negra apresente as mesmas doenças da população em geral, comparativamente, a maneira como discorrem e como o cuidado é ofertado é diferente. Tais diferenças se relacionam com situações de preconceito, estigmatização, exclusão social e desigualdades, com consequente acesso restrito aos serviços de saúde. Neste último, indicando interferências quanto ao relacionamento profissional nos serviços^{20,21}.

É importante considerar as singularidades da população negra em diversos cenários e contextos²², sendo necessário refletir sobre como os resultados deste estudo se justificam diante dos níveis semelhantes de satisfação analisados para os grupos de negros e de não negros conferidos aos serviços dos Caps AD, na perspectiva racial.

Os avanços da reforma psiquiátrica brasileira trouxeram importante expansão no número de Caps AD em todo o território nacional. Embora esse número ainda seja insuficiente para o atendimento das demandas da população, a literatura tem mostrado que tais dispositivos possuem papel fundamental na rede de atenção psicossocial como protagonistas no processo de cuidar as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas²³.

Aliado a isso e apesar de incipiente, houve nos últimos anos um aumento de pesquisas brasileiras que abordam questões étnico-raciais, o que contribui para melhor compreensão e acesso às ações e serviços de saúde, bem como

de políticas públicas específicas²², incluindo a saúde da população negra, avaliação da rede de serviços, e processos de trabalho, entre outros.

A literatura nacional e internacional sobre o processo de avaliação em saúde mental tem identificado que a satisfação positiva do usuário com o serviço se relaciona aos vínculos formados com a equipe de saúde, acolhimento nas consultas, qualidade dos serviços, acompanhamento durante e após o tratamento e garantia de acesso^{17,23-26}, dado que, pode ser reforçado neste presente estudo, ao não observarmos diferenças relacionadas a raça ou cor.

Por outro lado, essa satisfação positiva com o serviço também tem sido relacionada a um certo temor pelos participantes de possível perda de direito de acesso ao cuidado, muitas vezes expressado em avaliações negativas mas não necessariamente expressado nas opiniões, numa situação conhecida como viés de gratidão²⁷. É preciso considerar que o Caps atende a demandas da população bastante fragilizada do ponto de vista físico, emocional e social, que são agravadas pelo estigma, discriminação e preconceito que envolve o consumo de substâncias e, além disso, são extremamente intensificadas por questões raciais, sendo essencial o acolhimento de todos que acessam os serviços^{6,28}. Fatores relevantes que poderiam influenciar nos achados deste estudo.

A satisfação expressada pelos indivíduos assistidos pelos serviços de saúde mental envolve a necessidade de mudança fundamental no contexto da relação do usuário com os profissionais de saúde para facilitação do engajamento no cuidado oferecido²⁵, em conjunto com oferta assistencial sem interferência de julgamentos e independentemente de sua raça ou cor^{29,30}, como também demonstrado por este estudo.

Quanto aos fatores da escala Satis-BR avaliados nesta pesquisa, constatou-se que o fator 1 sobre Competência e Compreensão da Equipe e o fator 2, sobre Ajuda e Acolhimento, receberam as melhores avaliações, corroborando outros estudos desta área^{17,31}. Já o fator 3, relacionado à Estrutura física e Conforto

do serviço, apesar de obter avaliação positiva, recebeu pontuação mais baixa do que os fatores 1 e 2 por ambos os grupos populacionais estudados. Estudo recente obteve resultado semelhante, mostrando boa avaliação do Caps AD por 88,3% dos indivíduos, em sua maioria negros, que relataram que o serviço poderia ser melhorado quanto à estrutura física, indicando que essa possa ser a maior debilidade encontrada¹⁷, debilidade esta, também revelada em outros estudos^{32,33}.

Avaliamos que os resultados positivos observados pelos indivíduos assistidos nos serviços, independentemente de sua raça ou cor, indicam que os Caps AD são serviços que superam a construção rígida e segregacionista de outros modelos de cuidado em saúde no Brasil e no mundo¹³⁻¹⁶, se amparando em sua característica progressista desde sua implantação.

Os Caps são vistos pela literatura como serviços que dão espaço à diversidade, cidadania, valorização cultural, com foco nos direitos e protagonismo dos indivíduos assistidos³⁴. Compreendemos que o papel que os Caps AD ocupam na Reforma Psiquiátrica, sua história e serviço central por um sistema de saúde integral são responsáveis pelos resultados aqui encontrados.

Infelizmente, o cenário da integralidade do cuidado em saúde mental vem sendo ameaçado nos últimos anos por práticas e serviços que fazem emergir novamente o pensamento conservador e asilar. Alguns serviços, como as comunidades terapêuticas, utilizam de laborterapia e oferecem cura por meio da religião, afastando-se completamente das práticas baseadas em evidências³⁵. Essas práticas prejudicam os avanços da reforma psiquiátrica brasileira, e avaliamos pertinente a literatura que marca tais práticas como retrocesso, o que pode em breve ameaçar a existência da rede de atenção psicossocial, alinhando-se novamente com perspectivas manicomiais e asilares³⁵.

Todavia, nos deparamos com a dialética entre práticas conservadoras e progressistas, que provocam tensões no cuidado no campo

psicossocial valorizado com a reforma psiquiátrica brasileira entre os anos 1980 e 2016, quando há uma clara onda conservadora no Brasil^{36,37}, que se reflete diretamente no sistema como um todo. Os embates entre cuidado asilar e o cuidado na comunidade, o campo psiquiátrico versus o campo psicossocial, o objetivo de abstinência total como norma e a redução de danos como opção de escolha e, principalmente, a política de guerra às drogas historicamente instituída no País contra a população pobre, negra e periférica desafiam as práticas em saúde mental e em álcool e drogas e impõem constantes barreiras a serem ultrapassadas. É necessário apoiar-nos nas evidências científicas e no cuidado humanizado, inclusivo e integral, como o produzido pelos Caps AD, para resistir a esse cenário de retrocesso e repensar políticas públicas que sustentem o modelo de descriminalização do sujeito³⁵.

A assistência prestada pelos Caps AD dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá é satisfatória, independentemente da variável raça e cor, com destaque para a competência e acolhimento da equipe de saúde, dado que evidencia a potencialidade dos serviços comunitários de saúde mental para atender toda a população com necessidades decorrentes do uso de substâncias, sem reforçar o local de diferença vivido tanto pelo consumo de drogas como pela questão étnico-racial.

Limitações do estudo

Por se tratar de estudo transversal, este estudo não avaliou as relações de causa e efeito. Além disso, a incipiência de publicações sobre o tema na literatura restringiu a discussão de alguns achados.

Contribuições do estudo para a prática

Considera-se os Caps AD como satisfatórios entre pessoas que consomem álcool e outras drogas, independentemente de raça ou cor. Avaliar a satisfação com o serviço mediante

recorte racial permite dar voz aos participantes, especialmente da população negra, refletindo sobre o papel e qualidade da assistência prestada. Tal atitude propicia a contínua compreensão, elucidação e corresponsabilização dos atores envolvidos, i.e., profissionais, gestores, sociedade e assistidos pelo serviço, em direção à assistência cada vez mais equânime, integral, eficaz, participativa, não julgadora ou estigmatizante.

Conclusões

Os achados deste estudo mostraram, em geral, boa satisfação frente ao serviço oferecido nos Caps AD analisados, conferindo possibilidade de maior acesso ao tratamento, bem como visibilidade positiva desses dispositivos como locais potentes para o cuidado na rede. Embora não tenha havido diferença no nível de satisfação referida entre negros e não negros, tal semelhança pode ser um indicativo de qualidade do atendimento.

É certo que pesquisas de avaliação desses serviços são necessárias à medida que possibilitam reflexões sobre o papel e qualidade da assistência prestada, além de dar voz aos usuários do serviço sobre as experiências vividas nesses locais. Ademais, a avaliação mediante o recorte racial contribui para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) voltada à atenção à saúde mental, permitindo, assim, maior compreensão em direção à assistência cada vez mais equitativa e integral.

As melhores pontuações, obtidas tanto por negros quanto não negros, estiveram relacionadas aos fatores ajuda, acolhimento e compreensão, relacionados ao vínculo entre

profissional e usuário. Tais fatores indicam, respectivamente, o cumprimento dos objetivos do serviço e sua importância, representando importante avanço da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva de atendimento e acolhimento a todo tipo de população, apesar de dificuldades enfrentadas quanto ao conforto e estrutura física, fator com menor pontuação de satisfação comparado aos demais fatores.

Diante da incipiência de publicações que abordam esta temática sob a perspectiva racial, este estudo representa uma estimativa importante da avaliação da população negra desses três estados, sendo necessária ampliação da avaliação para outras regiões do País. Desse modo, espera-se que os resultados contribuam para as políticas locais no aprimoramento de ações que ampliem a atenção integral, gerando maiores evidências com recorte racial.

Colaboradores

Silva NN (0000-0003-2790-1792)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do conteúdo. Oliveira MAF (0000-0002-1069-8700)* contribuiu para concepção e planejamento, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo. Oliveira MSR (0000-0002-2632-3639)* contribuiu para revisão crítica e aprovação final do conteúdo. Claro HG (0000-0003-1504-7074)* contribuiu para análise e interpretação dos dados e revisão crítica. Fernandes IFAL (0000-0002-4236-4393)* contribuiu para análise dos dados. Boska GA (0000-0002-5827-6486)* contribuiu para revisão e aprovação final. Bosque RM (0000-0002-4445-3250)* contribuiu para concepção e planejamento do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fagundes Júnior HM, Desviat M, Silva PRF. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 17]; 21(5):1449-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1449.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doença mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União.* 19 Fev 2002. [acesso em 2020 set 1]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União.* 26 Jan 2012. [acesso em 2020 set 1]. Disponível em: <http://www.sau.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>.
4. Jaccoud L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção à saúde. In: Theodoro M, Jaccoud LB, Osório GR, et al., organizadores. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição* [internet]. Brasília, DF: IPEA; 2008 [acesso em 2019 jul 23]. 131 p. Disponível em: http://www.clam.org.br/biblioteca-digital/uploads/publicacoes/1107_1899_Livrodesigualdadesraciais.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de Indicadores do SUS nº 10. Temático Saúde da População Negra. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2019 jul 24]; 83 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_sau_e_populacao_negra_v_7.pdf.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 2019 jul 30]; 105 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.
7. Brasil. Ministério de Saúde. Boletim Epidemiológico. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor [internet]. Brasília, DF: Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2015 [acesso em 2019 jul 30]; 46(10):35. Disponível em: <http://portal.arquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2015/abril/22/Boletim-raca-cor-09-04-15-v2.pdf>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [acesso em 2019 jul 30]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
9. Almeida CS, Luis MAV. Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPS AD. *Rev enferm UFPE* [internet]. 2017. [acesso em 2019 jul 23]; 11(sup14):1716-1723. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15269/18073>.
10. Silva NG, Barros S, Azevedo FC, et al. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 24]; 26(1):100-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00100.pdf>.
11. Bandeira M, Silva MA. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 24]; 61(3):124-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/02.pdf>.
12. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica* [internet]. São Paulo: Atlas; 2003. [acesso em 2019 jul 24]. Disponível em: https://docte.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india.

13. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, et al. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*. 2017 [acesso em 2020 set 1]; 389(10077):1453-63. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30569-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30569-X/fulltext).
14. Pirtle WNL. Racial capitalism: a fundamental cause of novel coronavirus (COVID-19) pandemic inequities in the United States. *Health Educ Behav*. 2020 [acesso em 2020 abr 26]; 47(4):504-508. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32338071/>.
15. Mota CS, Atkin K, Trad LA, et al. Social disparities producing health inequities and shaping sickle cell disorder in Brazil. *Heal Sociol Review*. 2017 [acesso em 2020 set 1]; 26(3):280-92. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14461242.2017.1361855?scroll=top&needAccess=true>.
16. Mayer-Foulkes D, Larrea C. Racial and Ethnic Health Inequities: Bolivia, Brazil, Guatemala and Peru. 2005. [acesso em 2020 set 1]. Disponível em: https://www.academia.edu/404293/Racial_and_Ethnic_Health_Inequities_Bolivia_Brazil_Guatemala_and_Peru.
17. Bosque RM, Oliveira MAF, Silva NN, et al. Satisfação dos Trabalhadores, Usuários e Familiares dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. *Rev enferm UFPE* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 30]; 11(supl11):4598-606. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231199/25195>.
18. United States of America. National Center for Health Statistics. Healthy people 2010: final review. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office Washington; 2012 [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hpdata2010_final_review.pdf.
19. Andresen EM, Miller DK. The future (history) of socioeconomic measurement and implications for improving health outcomes among African Americans. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. [internet] 2005. [acesso em 2019 dez 10]; 60(10):1345-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/60.10.1345>.
20. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface* [internet]. 2009 [acesso em 2019 dez 10]; 13(31):383-394. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>.
21. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* [internet]. 2011 [acesso em 2019 dez 10]; 32:381-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>.
22. Spricigo JS, Alencastre MB. O Enfermeiro de Unidade Básica de Saúde e o Usuário de Drogas – um estudo em Biguaçu-SC. *Rev Lat-Am Enfermagem* [internet]. 2004 [acesso em 2019 jul 24]; 12(esp):427-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea19.pdf>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet]. 2016 [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>.
24. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa [internet]. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2019 ago 2]; 38(101):368-378. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0368.pdf>.
25. Newman D, O'Reilly P, Lee SH, et al. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment HLT*. 2015 [acesso em 2020 set 1]; 22(3):171-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>.
26. Sohn M, Barret H, Talbert J. Predictors of Consumer Satisfaction in Community Mental Health Center Services. *Community Ment Health J*. 2014; 50(8):922-925.
27. Barbosa GC, Oliveira MAF, Moreno V, et al. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jul 24]; 14(dez2015):31-7. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a05.pdf>.

28. Porto MSG. Polícia e violência: representações sociais de elites policiais do Distrito Federal. São Paulo em Perspectiva [internet]. 2004 [acesso em 2019 jul 24]; 18(132):132-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n1/22235.pdf>.
29. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, et al. Profile of users of mental health services in the city of Lorena - São Paulo. Acta Paul Enferm [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 24]; 25(11):48-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/en_v25n1a09.pdf.
30. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Ação Nacional de Saúde. Fundação da Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade [internet]. Brasília, DF: Funasa; 2005. 446 p. [acesso em 2019 jul 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf.
31. Resende KIDS, Bandeira M, Oliveira DCR. Assessment of patient, family and staff satisfaction in a mental health service. Paidéia [internet]. 2016 [acesso em 2019 dez 10]. 26(64):245-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272664201612>.
32. Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil [internet]. Rev. Saúde Públ. 2009 [acesso em 2019 ago 2]; 43(supl1):29-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800006.
33. Silva MA, Bandeira M, Scalon JD, et al. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: A percepção de mudanças como preditora [internet]. J. bras. Psiquiatr. 2012 [acesso em 2019 ago 2]; 61(2):64-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n2/02.pdf>.
34. Lavrador MCC, Lima Ribeiro W. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. Rev. Psicol. Saúde. 2015 [acesso em 2020 set 1]; 7(2):90-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a02.pdf>.
35. Lussi IAO, Ferigato SH, Gozzi APNF, et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2019; 27:1-3. Disponível em: <http://www.cadernosde-terapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2502/0>.
36. Almeida R. A onda quebrada - evangélicos e conservadorismo [internet]. Cad. Pagu. 2017 [acesso em 2020 jul 22]; 50. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n50/1809-4449-cpa-18094449201700500001.pdf>.
37. Almeida R, Toniol R. Conservadorismos, fascismos e fundamentalismos: análises conjunturais. Campinas: Unicamp; 2018.

Recebido em 14/01/2020

Aprovado em 15/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo

The utilitarian focusing of Primary Health Care in technocratic and disruptive bias

Alcides Silva de Miranda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012720

RESUMO Ensaio argumentativo acerca do sentido contextual, dos condicionantes conjunturais e dos indicativos estratégicos constantes no Programa Previne Brasil, que estabelece nova logística e modalidade de financiamento e adscrição para a atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se contextualmente a hegemonia neoliberal, com tendência para a colonização subserviente de governos e políticas públicas. Conjuntamente, o alinhamento disruptivo do governo Bolsonaro, permeado por ofensivas ultraliberais, pendores impositivos e práticas autoritárias. Em afinidade e derivação concomitante, a referida estratégia programática tende a substanciar uma nova forma de focalização para demandas estratificadas e de segmentação para coberturas e serviços de saúde estando regida por racionalidade tecnocrática e utilitária, que tende a desconstituir os preceitos e as diretrizes estratégicas constitucionais das políticas públicas de saúde. Caracteriza-se principalmente por: capitação e per capitalização de demandas ‘administráveis’, nos termos de ‘governança clínica’ regulada por política econômica de austeridade e contingenciamento de gastos sociais; deslocamento do modo de adscrição territorial e populacional com responsabilização de equipes multiprofissionais visando à Atenção Integral à Saúde, para outro modo de adscrição individualizada, focalizada e estratificada de clientela; aplicabilidade descontextualizada do SUS, para critérios e logísticas de ponderação alocativa de recursos financeiros de custeio e de pagamento compensatório ao ‘desempenho’ do trabalho de equipes.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Política de saúde. Financiamento da assistência à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *An essay about the contextual meaning, the conjunctural conditioning and the strategic indicatives within the Prevent Brazil Programme, which establishes a new logistics and funding modality for primary care in the Brazilian Unified Health System. It contextually highlights the neoliberal hegemony, with a tendency towards a subservient colonization of governments and public policies and in conjuncture, the disruptive alignment of the Bolsonaro administration, permeated by ultraliberal offensives, imposing biases and authoritarian practices. In concomitant derivation, this programmatic strategy tends to substantiate a new form of targeting for stratified demands and segmentation for hedges and health services. Being governed by a technocratic and utilitarian rationality, which tends to disregard the precepts and constitutional strategic guidelines of public health policies. It is characterized mainly by: capitation and per capitalization of ‘manageable’ demands, in terms of ‘clinical governance’ regulated by austerity economic policy and social spending contingency; displacement of the territorial and population mode of enrollment with the accountability of multiprofessional teams aiming at Integral Health Care, to another individualized, focused and stratified mode of clientele; decontextualized applicability of the health system, with criteria and logistics of allocative weighting of financial resources of cost and compensatory payment to the ‘performance’ of team work.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. alcides.miranda@ufrgs.br

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Health policy. Healthcare financing. Unified Health System.*



Introdução

Argumenta-se, no presente texto, que o sentido e os termos de financiamento estabelecidos para a Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (APS-SUS), constantes no 'Programa Previne Brasil' (Portaria MS nº 2.979/2019)¹, consubstanciam uma nova lógica simbólica e modalidade de focalização para recursos e políticas públicas de saúde. Uma modalidade de focalização regida por racionalidade instrumental e utilitarista, que induz a desconstituição do preceito de integralidade das políticas públicas de saúde, caracterizando-se por: capitação e per capitação de demandas 'evidenciadas', 'reconhecidas' e 'estratificadas' em racionalidade de 'governança clínica' de viés utilitário e tecnocrático, regulada por estratégia de contingenciamento de gastos governamentais 'primários'; deslocamento do modo de adscrição territorial e populacional da responsabilidade de equipes multiprofissionais e interdisciplinares pela Atenção Integral à Saúde para outro modo de adscrição programática de clientela padronizáveis e administráveis em termos de coberturas segmentadas; deslocamento de um critério logístico de ponderação alocativa para recursos financeiros de custeio entre contextos sociais substancialmente diversos (Norte/Sul); dimensionamento e valorização compensatória do 'desempenho' de trabalho profissional a partir de comportamentos regrados por tal racionalidade instrumental.

Como a nova modalidade de financiamento para a APS-SUS encontra-se provida de racionalidade instrumental com pretensões normativas, embalada em discurso tecnocrático de entorno setorial, torna-se necessária a sua contextualização, como também a projeção de seu alinhamento em uma conjuntura política primada em pendores autoritários, em práticas impositivas e disruptivas de governo. Eis, porque, antes de versar e argumentar especificamente sobre tal assunto específico, convém discorrer brevemente sobre uma sumária contextualização acerca do tema da focalização de

políticas sociais na contemporaneidade e o seu sentido precípua de racionalidade utilitária.

A ênfase no presente artigo tem a ver com a tematização sobre discursos práticos² dos dirigentes governamentais acerca da mudança estratégica institucional (administrativa e programática) para a APS no Brasil, pelos quais esses governantes buscam justificar as suas proposições normativas e os seus proferimentos regulativos, em razão de sua aplicabilidade nos sistemas institucionalizados de ações. Dessa forma, não se busca tematizar aspectos práticos e específicos, decorrentes ou derivados das eventuais mudanças.

De concepções, justificativas e premissas contextuais acerca das estratégias governamentais de focalização para as políticas sociais

Em se tratando de recursos públicos aplicados e utilizados em políticas sociais, desde muitas décadas persiste o debate e as reciclagens de iniciativas governamentais que contrapõem dialeticamente a concepção utilitária de sua focalização em determinados grupos populacionais ('denominadores populacionais' de miséria, de riscos, de vulnerabilidades etc.) e a concepção valorativa (*ethos* social) da (re) produção de melhor equidade redistributiva. Evidentemente, tais concepções derivam de distintos princípios, valores, interesses, justificativas e propósitos políticos, decorrendo também em distintas estratégias institucionais (administrativas, programáticas) para a alocação prioritária de recursos orçamentários governamentais e para disponibilização e acessibilidade de sistemas institucionalizados e de serviços públicos.

Muitas vezes, as estratégias governamentais de focalização e de equidade redistributiva (ou, pelo menos, do enfrentamento de iniquidades) tendem a ocorrer de forma justaposta

ou combinada, dificultando ainda mais os discernimentos entre elas. Em geral, o que se pode realçar casuisticamente é o sentido predominante dessas concepções e disposições estratégicas no conjunto de determinadas políticas governamentais. O que se pode realçar conjunturalmente e contextualmente são as interveniências mais abrangentes no plano internacional e em perspectiva tendencial.

É difícil e complexa a distinção classificatória entre os termos de focalização e de produção de equidades (ou confronto de iniquidades)³ para políticas sociais, uma vez que a preponderância de uns ou de outros depende não somente do propósito ou do escopo de estratégias institucionais e setoriais em intercurso, mas, sobretudo, dos contextos históricos, sociais e políticos em que ocorrem. Dependendo do contexto histórico e social, uma mesma estratégia governamental pode tender, concomitante, ao sentido de focalização e/ou de produção de equidades sociais. Por exemplo, em um contexto social de menor concentração e de melhor distribuição de renda, de menos injustiças sociais, uma determinada estratégia governamental tipicamente focalizada também poderia diminuir iniquidades ou produzir equidades mais abrangentes (de acesso, de utilização de serviços, de impactos etc.) e transcendentais; enquanto, em um contexto em condição inversa, a mesma iniciativa de focalização dificilmente iria além da estratificação compensatória com perpetuação de dependência e com o incremento do controle estatal sobre indivíduos e grupos populacionais.

Abundam argumentos justificativos e propositivos para ambas as perspectivas, focalização ou equidade redistributiva, que perduram e são incrementalmente refinados desde décadas. Também há estratégias institucionais e modalidades organizativas em ambas as perspectivas, que constituem reciclagens e instituem mudanças decorrentes de novos contextos históricos, políticos, econômicos e societários.

Em termos de platitudes de racionalização instrumental para a focalização de recursos e gastos governamentais, persiste um discurso

justificativo que alega a inevitável insuficiência de fundos orçamentários públicos para o provimento de políticas sociais, principalmente em função de uma reprodução progressiva e dos infindáveis desdobramentos de suas demandas ('ofertas satisfeitas induzem e derivam novas demandas'), além da disseminada noção de 'incompetência estatal' para um gerenciamento 'eficiente' e da consequente exigência de 'sobrecarga tributária'. Todavia, amparando tal 'discurso prático', há uma concepção primordial e secular acerca das funções e responsabilidades do Estado, na qual se advoga que as políticas sociais deveriam estar focalizadas somente naqueles indivíduos e grupos incapazes de vender até mesmo a sua força de trabalho e, portanto, desprovidos de competência meritocrática e de condições objetivas para atender às próprias necessidades e demandas essenciais, adquirindo bens e serviços nos mercados. Políticas sociais de baixo custo orçamentário focalizado em excluídos das sociedades de mercados, sem maiores exigências tributárias aos 'empreendedores' e aos consumidores com competência meritocrática.

Mesmo os discursos práticos e justificativos acerca de focalizações para políticas sociais, mesmo as seculares premissas do liberalismo econômico (direito à propriedade, 'livre' iniciativa, 'livre' concorrência, competência meritocrática, sociedades mercantis 'autorreguladas', 'Estado mínimo' não intervencionista etc.)⁴, não prescindiram do amparo em justificativas morais com pretensões éticas. Na modernidade histórica, o surgimento, o desenvolvimento e a hegemonia (inicialmente ocidental) da filosofia moral do 'utilitarismo' (Bentham, Stuart Mill e outros menos citados)⁵ vão consubstanciar um sentido paradoxal para justificar os termos de 'eficiência' institucional, inclusive do Estado e de suas políticas públicas, uma razão instrumental, teleológica⁶, que se sobrepõe a quaisquer (pre) tensões normativas apriorísticas e derivadas de valores éticos sociais. Grosso modo, ao pendor 'utilitarista', importa mais os resultados práticos das intervenções políticas

do que as suas pretensões éticas ou morais, suas tensões constitucionais e normativas.

A ênfase nos termos de racionalização justificativa para determinadas disposições políticas se torna importante porque eles tendem a circunscrever um horizonte hermenêutico doutrinal, um continente normativo e discursivo para comportamentos regrados e, também, perspectivas para intervenções governamentais. Michel Foucault cunhou o termo ‘governamentalidade’ para definir os tipos de racionalidades estruturantes para as ações governantes e para a introjeção de comportamentos regrados de (auto)governados^{7,8}.

Nos primeiros 70 anos do século XX, o sentido primordial de governamentalidade ‘utilitarista’ concernente às políticas liberais de Estados e de governos era movido pelo afã de ‘desenvolvimento econômico’ baseado no capital produtivo decorrente da industrialização em âmbito urbano. A ideologia hegemônica era de que os meios e modos de desenvolvimento econômico industrial decorreriam em desenvolvimento social, portanto, as políticas sociais deveriam ser dependentes, acessórias e sinérgicas a tal sentido. Nas sociedades industrializadas, as estratégias de focalização de políticas sociais estavam orientadas para os estratos referidos anteriormente: daqueles sem competência meritocrática e excluídos das possibilidades de consumo mercantil (populações abaixo da ‘linha da pobreza’, idosos ‘sem previdência’ etc). Nas sociedades pré-industrializadas ou em processo de industrialização ‘multinacional’ para a produção e o consumo domésticos, caso do Brasil, as estratégias de focalização de políticas sociais visavam ao contingenciamento de gastos públicos como lastro para garantir o pagamento regular dos endividamentos externos e diminuição da carga tributária dos setores produtivos. Diversas estratégias institucionais de focalização e tecnologias correlatas de planejamento e programação foram desenvolvidas, e houve grande investimento para o adestramento afim das tecnoburocracias estatais do então chamado ‘terceiro mundo’⁹.

Para os países industrializados do Hemisfério Norte Ocidental, no que se refere, especificamente, às políticas sociais de proteção ou seguridade social e, particularmente, saúde, as estratégias de focalização poderiam ser caracterizadas como de excepcionais: os típicos ‘denominadores populacionais’ de incompetência meritocrática. Para os países periféricos não industrializados ou semi-industrializados, as estratégias de focalização estavam orientadas para denominadores populacionais de risco (social, epidemiológico) e para determinadas condições crônicas com magnitude e transcendência em termos de impactos econômicos diretos e indiretos (absenteísmo, gastos previdenciários com pensões etc.)^{10,11}.

A partir da década de 1980, o sentido ‘utilitário’ para a focalização das políticas sociais de Estados foi deslocado para a órbita do ‘capital improdutivo’¹², principalmente em seu apêndice parasitário de orçamentos públicos. O chamado ‘mercado financeiro’, dependente de agiotagens, especulações, apostas e jogos rentistas, existe desde os primórdios da história humana; mas, a partir da década de 1980, obteve protagonismo, preponderância e hegemonia em termos de direcionalidade política e ‘governança’ global. O imperativo de contingenciamento de gastos sociais nos orçamentos governamentais passou a servir de lastro, em menor medida, para o pagamento de dívidas externas originárias de ciclos ‘desenvolvimentistas’ e, em maior medida, para pagar as espirais de juros de ‘dívidas públicas’, expressão genérica para definir agiotagem sistêmica de orçamentos públicos¹².

Ao mesmo tempo, foi incrementada e disseminada uma ofensiva ideológica de preconceitos sobre a incompetência gerencial do Estado para com os denominados ‘gastos primários’ e a inviabilidade da administração pública direta.

Além das estratégias de focalização de políticas sociais, as alternativas apresentadas para um melhor ‘gerenciamento’ de recursos orçamentários têm visado ao empresariamento das principais atividades e serviços

dos estabelecimentos estatais (mudança de institucionalidade da administração direta para a administração indireta sob a égide do direito privado, com introjeção de racionalidade empresarial) e ao seu agenciamento por intermédio de associações privadas de caráter ambivalente: ‘público não estatal’ e de ‘quase-mercado’ (como as Organizações Sociais e congêneres). Para o gerenciamento e a prestação de serviços auxiliares e de apoio às instituições públicas, é preconizada a contratação colateralizada de terceiros (terceirização e suas derivações). Ainda, para a contenção do chamado *deficit* primário, é preconizada a privatização de empresas estatais de mercado, com atividades econômicas e serviços considerados lucrativos¹³.

O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) têm sido as principais instâncias para veiculação e imposição de ‘receituários’ de ‘ajuste fiscal’ em termos de políticas governamentais (no continente europeu, o FMI alinhou-se ao Banco Central Europeu e à Comissão Europeia, formando a chamada Troika, com a mesma finalidade), como também, especificamente, para a consubstanciação tecnocrática de estratégias institucionais de focalização para políticas sociais^{12,14-16}.

Ao longo das últimas décadas, e geralmente, os receituários para focalizações de políticas sociais têm-se modificado muito pouco, uma vez que, embora a destinação dos desvios de recursos públicos tenha se deslocado para o capital improdutivo, os propósitos de ‘ajustes fiscais’ e de contingenciamentos orçamentários permanecem similares. O que se tem aprimorado são as formas de indução de governamentalidade neoliberal⁷, assim como as estratégias institucionais, as modalidades e os dispositivos para a focalização de políticas. Por exemplo, a per capitalização por riscos e vulnerabilidades, exaustivamente explorada nos mercados de seguros como forma de dimensionamento de preços para apólices, tem sido utilizada para definir e estabelecer critérios para o financiamento de estratégias

programáticas de políticas sociais, sendo tal modalidade evidenciada adiante, na análise sobre a nova forma de financiamento da ‘atenção primária no âmbito do SUS’.

Ainda em termos de governamentalidade neoliberal, um dos primados acerca das estratégias de focalização de políticas sociais advém do que Claus Offe¹⁷ definiu como seletividade estrutural do Estado, sob governança direcional de determinados grupos de interesses, que, naturalmente, tendem a priorizar as demandas sociais ‘padronizáveis’ e ‘administráveis’ nos termos de suas conveniências (por exemplo, contingenciamentos orçamentários para o financiamento de agiotagem rentista) e de suas prevenções (tal como controle e amortecimento de tensões sociais). A seletividade sistêmica e estrutural de demandas sociais ‘convenientes’ e ‘administráveis’ sob égide de uma ‘democracia mínima’ tende a produzir formas de ‘indiferença estutural’¹⁸ a partir das políticas públicas, com a exclusão de demandas não ‘padronizáveis’ ou ‘administráveis’. No extremo, até mesmo pode produzir o que alguns autores definem como uma das decorências da necropolítica¹⁹: a exterminação intencional de indivíduos e grupos populacionais considerados ‘dispensáveis’, de forma proativa (repressão) ou pela via do não reconhecimento de necessidades sociais imprescindíveis e, conseqüentemente, pela ausência de respostas governamentais compatíveis até mesmo para a sua mitigação.

Uma variação mais abrangente das estratégias de focalização para políticas sociais pode ser identificada nos últimos receituários de agências multilaterais e em recentes experiências de governos. Seriam mais propriamente estratégias de segmentação para políticas sociais com cobertura universal para determinadas estratégias programáticas, grupos de procedimentos ou ‘cartas de serviços’ (algo distinto do preceito de universalidade). No caso do setor de saúde, por exemplo, pode-se estabelecer a ‘cobertura universal’ para níveis assistenciais (como da APS), para procedimentos assistenciais (procedimentos de prevenção

coletiva, como vacinações, de alto custo, como transplantes etc.) ou para ‘cartas de serviços’, com estratificação de demandas e com alternativas complementares de mercado para a maioria da população empregada²⁰.

No campo da saúde, há muitas proposições de estratégias institucionais compatíveis com os termos de segmentação com ‘cobertura universal’ (como o ‘pluralismo estruturado’²¹ e outras), assim como experiências de implementação em sistemas nacionais de saúde (o caso da Colômbia é pioneiro na América Latina).

O que se denota, a partir de processos e de resultados das experiências internacionais com segmentação de ‘coberturas universais’ para determinados serviços públicos, é que tal disposição não pode ser dissociada da racionalidade utilitária referida anteriormente ao neoliberalismo. De início, porque geralmente têm ocorrido combinações de estratégias governamentais de segmentação e de focalização dos recursos e políticas sociais, ficando difícil distinguir as particularidades e as interveniências. Também, porque a adoção de estratégias de segmentação com ‘coberturas universais’, embora possa ter alcançado resultados e obtido impactos sobre determinados perfis epidemiológicos em alguns países do Hemisfério Norte, não alterou substancialmente as margens de contingenciamento de recursos públicos, tampouco os termos de ‘eficiência’ para além das medidas restritas de ‘contenções orçamentárias’. As experiências de implementação de estratégias para segmentações com ‘coberturas universais’ em países de capitalismo periférico, como o citado caso da Colômbia, não apresentaram resultados de melhor gestão orçamentária, uma vez que a ‘economia’ de recursos de tal ‘eficiência alocativa’ têm sido incrementalmente sequestrada pelas dinâmicas de agiotagem do mercado financeiro²²; sequer apresentaram resultados de melhoria de iniquidades de acessibilidade e de impactos epidemiológicos.

Acerca da contraparte dialética, políticas sociais e estratégias institucionais visando melhor equidade redistributiva, haveria muito

o que reportar e distinguir sobre as premissas filosóficas, a constituição histórica de sentido e suas derivações em termos de estratégias governamentais para políticas públicas. Por exemplo, poderiam ser analisadas desde as formulações originais de economia política redistributiva a partir da década de 1930²³ até o advento e experiências internacionais do chamado *Welfare State* em países setentrionais (em meados do século XX). Ademais, poderiam ser analisadas as distintas experiências de políticas e estratégias governamentais afins (parciais, setoriais, incrementais), ocorridas e decorridas em países meridionais de capitalismo periférico. Muitas dessas abordagens abrangentes precedem e poderiam ser contextualizadas como significativas para a concepção, a constituição original e a prescrição normativa do SUS brasileiro. Entretanto, tal intento estenderia por demais o presente texto, que requer atenção para versar sobre ‘focalização’.

A Atenção Primária à Saúde como um consenso internacional genérico, polimorfo e o seu viés utilitário e tecnocrático

Sem delongas sobre os primórdios da APS, desde formulações modelares (Informe Dawson, Modelagem de Leavell & Clark etc.) até experiências governamentais (National Health System – NHS etc.), a partir da década de 1970²⁴, o conceito genérico acerca de tal estratégia institucional tornou-se uma espécie de consenso internacional (consagrado inicialmente na Conferência de Alma-Ata), todavia, por entendimentos, interesses, motivações, racionalidades e propósitos diversos. Mesmo assim e desde então, tem havido contradições e contendas sobre as disposições estratégicas da APS como um nível de seletividade focalizada (APS seletiva, ‘atenção primitiva’²⁵) ou como uma base hierarquizada potencialmente

e tendencialmente equitativa para sistemas universais de saúde. Evidentemente, tais discordâncias também implicam distintas estratégias institucionais e modos de integração sistêmica para a APS. Todavia, não houve muita celeuma acerca das postulações específicas, programáticas e tecnológicas de cuidados, para a organização, os processamentos, a gestão e a produção de serviços de APS em âmbitos locais.

Até mesmo em subsistemas privados com fins lucrativos, passou-se a valorizar estratégias similares (não propriamente a APS) com serviços domiciliares (*Home Care*) e ambulatoriais de melhor resolubilidade para demandas que requerem intervenções clínicas com menor densidade tecnológica e, principalmente, com a triagem padronizada por protocolos de algoritmos e por autorizações prévias (*gatekeeping*) para referenciamentos mais especializados e apoios diagnósticos e terapêuticos. Obviamente, a racionalidade utilitária e o propósito primordial da adoção de tais estratégias primam pela diminuição de custos e gastos evitáveis, a melhor eficiência em termos de lucros. Convém denotar que, se nos países do Hemisfério Norte as estratégias de *Home Care* têm mais a ver com procedimentos de média complexidade para âmbitos domiciliares, aqui no Brasil, existem diversos exemplos de ‘planos de saúde’ com ofertas de ‘cuidados domiciliares’ consubstanciados em procedimentos típicos da APS (algumas ofertas, inclusive, com programações intituladas explicitamente de *Home Cares*).

A APS e as estratégias congêneres conformam uma espécie de consenso internacional genérico em que cabem distintas motivações, interesses, propósitos, decorrentes estratégias institucionais e modalidades organizativas, sejam elas focalizadas, segmentadas ou integradas em sistemas universais. Assim, não basta a reiteração de alinhamento ao consenso genérico, mas é preciso distinguir e discernir sobre de que tipo de APS estamos tratando e, principalmente, conforme antecipado, em qual o contexto social, político e econômico se insere.

A partir da década de 1990, ocorreram a renovação e a disseminação de teorias sistêmicas (Luhmann e outros)²⁶ e da complexidade (Morin e outros)²⁷, que serviram de substrato e referência para a reformulação de conceitos logísticos aplicáveis em termos de estratégias institucionais para políticas sociais. Por exemplo, as modelagens hierarquizadas passaram a ser reconhecidas em arquiteturas reticulares de poliarquia²⁸ (redes com verticalidades, horizontalidades, transversalidades, tramas etc.). No campo das políticas de saúde, tais reformulações repercutiram notadamente na redefinição de arquiteturas sistêmicas, por exemplo, as estratégias institucionais de APS passaram a ser reconfiguradas como umas das ‘portas de entradas’, dos pontos de Atenção de múltiplas e sinérgicas redes de cuidado, particularmente, como instâncias primordiais para as coordenações de fluxos e referenciamentos (‘linhas de cuidado’, itinerários terapêuticos etc.)²⁹.

Também a partir da década de 1990, pesquisas e estudos internacionais (com ênfase no protagonismo, coordenação e publicações da Dra. Bárbara Starfield³⁰) confluíram para produzir evidências empíricas acerca da melhor efetividade de (sub)sistemas de saúde com a APS estruturada e funcional a partir de determinados atributos, tais como: o primeiro contato; a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado; a focalização em famílias; a orientação comunitária e a competência cultural. A partir desses trabalhos, ocorreu a formulação de metodologias e de instrumentos para a avaliação sistêmica e normativa da APS (PCATools e outros). Tais conhecimentos, metodologias e tecnologias produziram uma significativa reciclagem no modo de organização das estratégias de APS e, conseqüentemente, reformulações tecnológicas e tecnocráticas compatíveis e aplicáveis tanto em diretivas estratégicas de focalização e de segmentação como de integração em sistemas universais de Atenção Integral à Saúde.

Outro fenômeno concomitante e correlato tem a ver com (re)formulação dos conceitos

de gestão e governança clínica. A adoção de premissas de racionalidade sistêmica e complexa da contemporaneidade produziu reformulações significativas dos critérios e termos logísticos para as tomadas de decisões clínicas, para a reordenação de fluxos e itinerários de manejo clínico (de apoio diagnóstico e terapêutico, de cuidado, de reabilitação). A ênfase nos propósitos de economia de escopo e de escala também proporcionaram reformulações significativas nos critérios e termos de eficiência alocativa e custo-efetividade. Sendo repetitivo, reformulações compatíveis e aplicáveis tanto em diretivas estratégicas de focalização e de segmentação quanto de integração em sistemas universais de Atenção Integral à Saúde.

Uma das condições imprescindíveis para disseminação de inovações tecnológicas e para o desenvolvimento de seus processos de (re)produção requer a constituição de comunidades de práxis e/ou de práticas correlatas e afins. As comunidades de práxis tendem a priorizar a racionalidade e a competência estratégica, buscam incorporar e experimentar as inovações tecnológicas e tecnocráticas, entretanto, coproduzindo dinâmicas críticas e criativas para as suas contextualizações, alterações e autoproduções (autopoieses, na perspectiva sistêmica). Algumas das comunidades de práticas tendem a priorizar a disseminação de doutrinas tecnocráticas e as adaptações de ortodoxias modelares; nesses casos, conforma-se também um campo mais fértil para a preponderância de racionalidade teleológica e competência instrumental, para a colonização de pendores utilitaristas. Em se tratando de comunidades afeitas às estratégias de APS no mundo e, particularmente, no Brasil, podem-se identificar ambos os perfis, muitas vezes em disputa ideológica, política e (por que não escrever?) paradigmática (ou, em muitos casos, paradogmática).

Também no Brasil, vicejam especialistas da APS com postura mais tecnocrática e corporativa, com pretensões de combinar

verticalidades utilitárias e teleológicas para reduzir e acondicionar aspectos logísticos e instrumentais (dos processos e práticas de gestão e atuação clínica) aos termos restritos de eficácia baseada em ‘evidências clínicas’ e orientada por protocolos e algoritmos decisórios de caráter estritamente sistêmico. Essa racionalidade protocolar de caráter estritamente sistêmico tende a ser mais facilmente regulada e integrada extrinsecamente por políticas econômicas, pelos imperativos de eficiência alocativa e de austeridade preconizados pela agenda de reformas neoliberais. Tal postura tecnocrática, preponderantemente biomédica e regulada por viés econocrático, despreza hermenêuticas críticas, discussões teóricas e questionamentos metodológicos, buscando amparo em uma doutrina ‘pragmática’ pela qual se cultuam ‘caixas de ferramentas’, normativas de adestramento, competências instrumentais e comportamento regrados.

No apelo utilitário dessas doutrinas tecnocráticas da APS, de seus ‘tecnocratas orgânicos’ (perdoe-me, Gramsci)³¹, importar e incorporar estratégias institucionais entre contextos distintos e diversos (como do Hemisfério Norte para o Sul) requer mais adaptações e adestramentos do que práxis de contextualização, inovações e mudanças autóctones e modos de gestão participativa. Se a conjuntura for propensa e favorável aos pendores autoritários de governo, facilmente as incorporações estratégicas (administrativas, programáticas) e tecnocráticas, suas adaptações e os decorrentes adestramentos tendem a ser verticalizados a partir de imposições e da utilização de recursos de poder administrativo e político.

É notório que, atualmente, alguns dos arautos e expoentes da doutrina tecnocrática da APS ocupam cargos-chave na direção de entidades representativas de especialidades profissionais e na gestão governamental, inclusive, do Ministério da Saúde (MS). Provém dessa vertente, a nova formulação estratégica para a adscrição e o financiamento da APS-SUS.

Do contexto utilitário e distópico a uma conjuntura de autoritarismo e disrupção

A partir de 2006, o governo brasileiro operou um incremento radical no seu progressivo alinhamento e subserviência para com a agenda de reformas neoliberais. Após um golpe parlamentar e do *lawfare*³² capitaneados por corporações autoritárias da sociedade política e civil, o governo Temer realizou uma reforma constitucional visando à colateralização e à precarização de contratos e vínculos trabalhistas; além disso, estabeleceu um ‘teto’ para os ‘gastos primários’, com lastro orçamentário de duas décadas para o incremento de garantia de usufruto da agiotagem rentista (EC-95/2016). Tratou-se do início de reformas genoestruturais, com ‘estado de sítio’ fiscal e orçamentário, que antecederam desdobramentos e derivações específicas, como o advento de estratégias governamentais de focalização e segmentação para políticas sociais.

A subsequente eleição de Jair Bolsonaro produziu uma conjuntura disruptiva e instável. Uma conjuntura contemporânea que, como em outras fases históricas de crises superestruturais³³ no Brasil, deriva do esgotamento para mais um ciclo condominial (governabilidade de coalizão, dependente do mercado da pequena política) e de reaparecimento do tragicômico personagem ‘redentor da moralidade pública’ (assim como, Jânio Quadros e Collor de Mello), em parte como a imposição distópica de um novo bloco histórico, dirigido por plutocracia rentista. A alternativa escolhida para a continuidade de condução governamental coercitiva em uma transição regressiva (de direitos políticos e civis, de políticas públicas e sociais) é uma espécie de governo miliciano ‘ultraliberal’, afeito e propenso às insinuações e experimentações neofascistas.

Conforme a história demonstra em repetidas ‘farsas ou tragédias’, o caráter autoritário de governos tem sido atrativo para imposições tecnocráticas, verticais e abruptas. Imposições que podem ocorrer de modo direto, por coações e

chantagens ou por modos indiretos, como ‘premiações’ por adesão (e consequentes punições pela negativa). Entretanto, existiram imposições tecnocráticas sob regimes autoritários estáveis e proativos, cujas decorrências tenderam para consolidações parciais de determinadas estratégias institucionais; e houve imposições tecnocráticas em regimes autoritários instáveis e disruptivos, cujas decorrências tenderam mais para a barbárie³⁴.

Reiterando algo afirmado anteriormente, assim como são imprescindíveis as contextualizações (históricas, conceituais, sociais, políticas, econômicas etc.), também não podem ser desconsideradas ou menosprezadas as conjunturas políticas em que ocorrem e decorrem determinadas reformas políticas e estratégicas, sejam genoestruturais ou fenoestruturais.

Em termos de reformas genoestruturais, o governo Bolsonaro e o Congresso Nacional já aprovaram um significativo desmonte no regime previdenciário e alinham agora o encaminhamento de desmontes administrativos e de alterações no regime tributário, concomitantes com uma ofensiva incremental para privatizações, terceirizações e agenciamentos empresariais de estabelecimentos e serviços públicos.

Além das iniciativas fenoestruturais de disrupções e de desmontes da institucionalidade estatal, a partir de 2019, alguns dos setores administrativos do governo Bolsonaro iniciaram as suas proposições e imposições tecnocráticas em termos específicos de estratégias institucionais para focalização e segmentação de recursos públicos e de políticas sociais. É o caso da nova estratégia governamental para o financiamento da APS-SUS, sumariamente analisada adiante.

De início, convém destacar que a referida proposição estratégica (de teor administrativo e programático), descrita na Portaria Ministerial nº 2.979/2019¹, tende mais para os propósitos de focalização de recursos e demandas da APS/SUS do que para a perspectiva de segmentação de sua cobertura universal, embora possa haver compatibilizações e combinações adiante (o que dependeria de sinergia para com outras estratégias institucionais mais abrangentes).

Tal assertiva deriva da constatação de que os termos dessa estratégia específica estão focalizados no modo de adscrição dos serviços de APS-SUS, com indução de sua modificação pela via de financiamento de custeio, como também na indução de regramento e conformidade do trabalho profissional correlato, com indução pela via de ‘pagamento por desempenho’.

A principal modificação induzida dispõe sobre o fim da adscrição territorial e populacional de Atenção Integral à Saúde sob a responsabilidade das equipes da APS, com o advento da adscrição de clientela (conforme ocorre em países do Hemisfério Norte) cadastrados nos serviços e estratificados em função de suas ‘vulnerabilidades socioeconômicas’. Na portaria ministerial, tal modificação encontra-se sintetizada sob a terminologia normativa e instrumental de ‘capitação ponderada’.

Principais termos logísticos da nova estratégia para a adscrição e o financiamento da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde

A ‘capitação ponderada’ da nova estratégia consubstancia-se pela via de um cálculo e pelo aporte de ‘incentivos financeiros’ que dependem da população cadastrada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP); da estratificação dessa população, a partir de critérios de ‘vulnerabilidade socioeconômica’ e de ‘perfil demográfico’ por faixas etárias; da classificação específica de porte populacional e de situação (urbana, rural próxima ou remota) dos locais em que as referidas equipes atuam. No documento, há uma afirmação enfática de que a definição preponderante dos ‘incentivos financeiros’ depende do ‘peso por pessoa cadastrada’, destacados os critérios de estratificação referidos anteriormente.

De acordo com a normativa citada, referidos ‘incentivos financeiros’ de custeio só deverão ser transferidos aos municípios que tiverem

cadastrado a totalidade de sua população. Os fatores para a ponderação alocativa individualizada estabelecem pesos maiores (+ 30% per capita) para pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica (beneficiárias de programas como o Bolsa Família, ou com benefícios previdenciários de Prestação Continuada (BCP) e de até dois salários-mínimos mensais), pessoas com menos de 5 anos e mais de 65 anos (perfil demográfico); pesos ponderados que podem ser incrementados (para 45% ou 100%) no caso de essas pessoas cadastradas habitarem em municípios classificados como ‘intermediário adjacente’ e ‘rural adjacente’ (+45% per capita) ou ‘intermediário remoto’ e ‘rural remoto’ (+100% per capita). Os fatores de ponderação não têm caráter cumulativo, ou seja, nos casos em que a pessoa cadastrada for enquadrada em mais de um estrato incremental (vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico), o peso ponderado deverá ser considerado uma única vez.

Os indivíduos cadastrados pelas equipes de APS que não estiverem contemplados em nenhum dos critérios de per capitalização incremental deverão estar estratificados como ‘peso 1’, ou seja, constarão nos cálculos de transferência basal. Assim, o cálculo do valor total a ser repassado para APS dos municípios levará em conta a multiplicação das pontuações de valores per capita a partir dos critérios preestabelecidos de estratificação.

Outra ênfase da referida portaria ministerial enfoca o propósito de incrementos nas transferências de custeio como premiação por ‘desempenho’ das equipes de APS-SUS, a ser dimensionado em ‘metas’ e classificado por ‘tipos de equipes: uma modalidade para eSF e duas modalidades para eAP (respectivamente de 20 horas e 30 horas semanais). As referidas ‘metas’ estão caracterizadas pelo anacrônico escopo donabediano de ‘processo’ e ‘resultados’ (uma vez que o componente de ‘estruturas’ depende do próprio aporte de transferências federais e os ‘recursos humanos’ já estão contemplados pela variável dos ‘tipos de equipes’); mais especificamente, processos e resultados ‘intermediários’ do trabalho das

equipes (*outputs*), além de ‘resultados em saúde’ (*outcomes*) e ‘resultados globais da APS’ (definidos e dimensionados pelo referido dispositivo PCATools). Os indicadores de “desempenho” deverão ser definidos e atualizados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e os pagamentos correspondentes só deverão ser efetivados se forem alcançados resultados potenciais de 100% pelas equipes de APS dos municípios. Os cálculos municipais deverão corresponder ao somatório dos resultados obtidos pelas equipes.

O MS divulgou uma projeção inicial para dimensionar perdas e ganhos municipais em termos do custeio da APS-SUS, a partir da nova ordenação e, especificamente, em relação aos valores recebidos em 2019: 68,2% municípios obteriam acréscimos; aproximadamente 14% dos municípios não teriam alterações ‘significativas’; e 17,8% dos municípios teriam decréscimos. Tal projeção foi repercutida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)³⁵ como a principal justificativa em defesa das ‘vantagens’ de transição para o novo modelo. Ainda não foram divulgadas comparações retrospectivas com séries históricas de médio ou longo prazo, tampouco projeções prospectivas levando em conta os contingenciamentos orçamentários para o orçamento federal (termos da EC-95) e, particularmente, para os imprescindíveis rearranjos proporcionais entre os valores de custeio da APS e da assistência especializada.

Focalização disfarçada em equidade, segmentação disfarçada em integralidade, utilitarismo tecnocrático tendencialmente disruptivo do Sistema Único de Saúde

O principal argumento de defesa da nova forma de financiamento da APS-SUS, divulgado

em nota pelo Conasems³⁵, ilustra um cálculo exemplar do senso de ‘governamentalidade’ utilitarista, sobre as razões e modos de indução a comportamentos regrados e de introyções autogovernamentais^{7,8}. No campo da gestão governamental, naturalmente, há uma propensão ao utilitarismo de curto prazo, muitas vezes confundido com ‘pragmatismo’, principalmente, entre aqueles governantes com alcance de olhar e de atuação adscritos aos horizontes de mandatos eleitorais, com cegueira estratégica para perspectivas de políticas de Estado projetadas em maiores abrangências ou alcances tendenciais. Em tal delimitação de horizonte, muitas vezes, o sentido de ‘eficiência’ fica reduzido às equações de custos orçamentários sobre benefícios eleitorais, aos jogos táticos de compensações focalizadas (‘premiações’ por adesão etc.). Para tal ‘senso prático’, não é muito difícil oferecer aparentes aditivos no ‘varejo’ e curto prazo, enquanto se realizam subtrações e deformações de políticas e estratégias institucionais no ‘atacado’.

Nos últimos anos, da parte de muitos gestores governamentais, tem sido comum a defesa de racionalidades utilitárias, tais como a instituição do que alguns definem como ‘padrões de integralidade’, denominação tortuosa do que em outros países está definido mais precisamente como ‘cartas de ofertas’ de procedimentos e serviços, reguladas por perfis de necessidades e por padrões de consumo para insumos. Todavia, tal alusão reportada ao princípio constitucional de integralidade do SUS revela primordialmente o entendimento restrito sobre uma tensão normativa de valor ético social (um deve-ser que nunca se alcança, mas que tensiona continuamente por consubstanciações e aprimoramentos estratégicos) e sua redução a uma competência instrumental e um sentido utilitário de ‘eficiência’ orçamentária. Sentido de pragmatismo (auto)limitado e (auto)regulado por governamentalidade colonizada e subalterna.

Diga-se de passagem, dadas a grande concentração proporcional de recursos tributários no orçamento federal e a dependência

de municípios e estados em relação às transferências federais de recursos financeiros, uma das características típicas do processo de implantação do SUS ao longo das últimas três décadas tem sido a adesão induzida às estratégias institucionais do MS pela via de governança (intergovernamental) de caráter procedimental. Esclarecido de outro modo, os termos de governança direcional geralmente estão preestabelecidos (pela política econômica de ‘austeridade’ e de contingenciamentos progressivos), restando aos governantes de políticas setoriais definir derivações direcionais correlatas, a partir de dinâmicas de governança limitadas aos modos de implantação e de condução para estratégias institucionais condizentes. No caso das instâncias e dinâmicas intergovernamentais de governança no setor de saúde, comumente, o MS estabelece as derivações direcionais em termos de estratégias institucionais (administrativas e programáticas) e opera ainda com estratégias de ‘premiação por adesão’ para os governos subnacionais. Com a inevitável e ‘voluntária’ adesão, as representações políticas dos Secretários de Saúde buscam discutir, estabelecer acordos, ‘consensos’ e pactuações nas Comissões Intergestores (principalmente na Tripartite), sobre os termos e os trâmites procedimentais para as referidas verticalidades estratégicas, conferindo a elas a aparência de autoridade federativa coordenada (quando ainda se trata de autoridade federativa dominante)³⁶.

Já decorreu tempo suficiente para a hegemonização de uma ‘cultura institucional’ e de um ‘senso comum pragmático’ na gestão intergovernamental de políticas de saúde no Brasil. Nas últimas três décadas, ocorreram avanços incrementais muito significativos para algumas estratégias institucionais sintônicas e sinérgicas ao SUS; atores governamentais, atuando nas Comissões Intergestores, dispuseram resistências e óbices perante tentativas de imposições verticais mais autoritárias (muitos são os exemplos); mas, também, instituiu-se a hegemonia de um pendor utilitarista

dependente de táticas conjunturais de caráter meramente adaptativo. Alguns podem entender que esta é a natureza e a sina ‘pragmática’ de quaisquer processos de gestão institucional, o que pode ser delimitado em determinados continentes e perspectivas (administrativas, burocráticas e de racionalidade sistêmica autorregulada); entretanto, pode implicar a abdicção de disputas estratégicas substanciais.

Conforme argumentação prévia, a análise estratégica e situacional de contextos e conjunturas políticas deve ser concomitante e dialética com a apreciação de derivações estratégicas mais específicas, setoriais e programáticas. O Programa Previne Brasil não versa somente sobre uma nova programação financeira para a APS-SUS, a partir dele, busca-se importar, incorporar e implantar logísticas sistêmicas e tecnologias adotadas em outros países, com relativos sucessos, em um contexto diverso deles. Busca-se consolidar modos de integração sistêmica (auto)regulados pelos termos e propósitos ‘ultraliberais’, por isso mesmo, disruptivos para as políticas públicas de caráter redistributivo.

Seguramente, a ameaça disruptiva em curso não decorre da adoção de racionalidade instrumental ou dispositivos para a recomposição de financiamentos para as políticas públicas de saúde, a partir de critérios e pesos ponderados para alocação recursiva, inclusive, algo pertinente e necessário na perspectiva da produção de equidades e diminuição de iniquidades. De forma similar, não decorre da adoção de pagamentos e valores agregados, a partir de critérios para recomposição e valorização de trabalho profissional, algo pertinente e necessário na perspectiva de planos de cargos, carreiras e salários em qualquer política pública de abrangência nacional. As ameaças disruptivas decorrem do sentido contextual, da barbárie conjuntural e da direcionalidade estratégica que buscam focalizar e segmentar as estratégias institucionais primordiais ao SUS, destituindo-as do sentido de seus valores éticos sociais, notadamente de equidade e integralidade.

A per capitalização alocativa a partir de cadastros individualizados (e não adscritos territorialmente) de clientela da APS é comum em muitos países do Hemisfério Norte e Ocidental com sistemas de saúde universais, em sua maior parte, contando com serviços clínicos que orbitam na dependência de trabalho médico semiautônomo, especializado e contratado (ou seja, não de servidores públicos de carreira). Para quem conhece minimamente os condicionantes originais da matriz estratégica de tal modelagem (recomenda-se revisarem os fatos originários e as mediações políticas imprescindíveis para a garantia de viabilidade inicial do NHS inglês, sob a direção do Ministro Aneurin Bevan), não é difícil compreender e constatar que se tratou de iniciativa correta, contextualmente e conjunturalmente. Houve ênfase na incorporação de profissionais médicos fora da carreira de Estado, como também na liberdade de escolha e autonomia das clientela (territorializadas em termos de responsabilidades sanitárias, mas não adscritas em termos de vinculações com profissionais e serviços clínicos). Ao longo de décadas, tal escolha foi sendo aprimorada, experimentada e adaptada em países de condições similares (países escandinavos, Canadá, Austrália etc.), produzindo não somente resultados efetivos (em integralidade complementar com outros subsistemas), mas também uma ‘cultura institucional’. Em muitos dos países referidos, ocorreram inovações e mudanças em políticas públicas (não somente de saúde) e em experiências típicas de *Welfare State*, que se consolidaram incrementalmente, mesmo que parcialmente. Dados os contextos sociais e econômicos desses países, a per capitalização alocativa e a adscrição de clientela na

APS não decorreram em focalizações (foco em denominadores populacionais de riscos, vulnerabilidades ou miserabilidades), contribuindo para organização e consolidação de universalidade e integralidade do cuidado; embora, depois do advento do neoliberalismo, ocorra uma tendência à segmentação de determinadas estratégias institucionais.

O caso brasileiro é historicamente distinto, assim como o seu contexto institucional, social e econômico. O surgimento tardio (em comparação aos exemplos anteriores) das tensões constitucionais do SUS no início da década de 1990 pode ser mais adequadamente caracterizado como um vetor setorial para pretensões políticas de ‘bem-estar social’. Ainda assim, os princípios constituintes do SUS e suas respectivas diretrizes estratégicas devem ser considerados de modo ambivalente, sinérgico e interdependente.

Os valores éticos sociais estabelecidos para o SUS ensejam o reconhecimento de que há multideterminantes complexos e dialéticos para os processos de (re)produção de saúde e suas antíteses, que incidem desigualmente e iniquamente sobre indivíduos (singularidades), grupos (particularidades coletivas) e populações. Em suas diretrizes estratégicas, a seguridade social e o SUS preconizam a organização de sistemas institucionalizados de Atenção Integral à Saúde (*figura 1*), cujo sentido precípua, enquanto configuração sistêmica (*polity*) e proatividade institucional para a produção de bens e serviços públicos (*policy*), requer coerência e compatibilidade contextual. No contexto normativo do SUS, as estratégias institucionais de focalização em singularidades (clínicas ou epidemiológicas) são incoerentes e incompatíveis

Figura 1. Configuração sobre multideterminantes complexos, condições de desigualdades ou iniquidades e ocorrências de eventos pertinentes aos processos de (re)produção social de saúde, em relação a componentes sistêmicos e institucionais de Atenção Integral à Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes estratégicas do SUS



Fonte: Elaboração própria.

No decorrer do processo de implantação do SUS, sucessivas e adversas conjunturas políticas constrangeram os termos de sua viabilidade recursiva, dificultaram a implantação de estratégias inovadoras compatíveis e deformaram a sua pretensa arquitetura integral e reticular em arranjos dissociativos (para a seguridade social e para o próprio setor). Mesmo assim, algumas inovações estratégicas ocorreram e consubstanciaram modos de integração sistêmica, como exemplos: a Estratégia Saúde da Família, algumas das estratégias institucionais de saúde mental, de urgência e emergência, de vigilância em saúde etc.

No caso da Atenção Básica à Saúde (ABS) (versão SUS de APS), houve inovação significativa na implantação de uma modalidade de per capitalização para transferências federais (Piso Assistencial Básico – PAB, fixo e variável) vinculada à adscrição local de populações sob a responsabilidade de equipes multiprofissionais. Não se trata de adscrição de clientela e demandas singulares ou particulares, mas da adscrição de âmbitos territoriais complexos,

plurais, heterogêneos, iníquos e desiguais. Não se trata da adscrição de responsabilidades clínicas de serviços, mas de responsabilidades com a Atenção Integral à Saúde, que requerem arranjos sinérgicos, interdisciplinares e intersetoriais. Lamentavelmente, inovações congêneres não foram estendidas para a assistência especializada.

Além de prover as transferências financeiras para a ABS, o MS tendeu a direcionar, sob governança federativa, as suas principais estratégias administrativas e programáticas (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB). Ao longo dos anos, o montante e a proporção de transferências federais para o custeio da ABS foram progressivamente incrementados, sendo que, inclusive, estabeleceram-se fatores de ponderação para as modalidades de PAB (portes populacionais, localização na Amazônia legal, tipos de equipes etc.). Todavia, persistiu um financiamento insuficiente como suporte recursivo para, além da expansão e aumento da cobertura populacional, potencializar

mudanças mais substanciais do ‘modelo de atenção’, ainda sob o esquadro da assistência especializada.

Enquanto as Secretarias Estaduais de Saúde concentraram as suas estratégias institucionais na coordenação sistêmica e no controle normativo da ABS, coube aos municípios a maior responsabilidade na sua organização efetiva, financiamento, gestão local e prestação de serviços. Em grande medida, os gastos orçamentários municipais em saúde foram incrementados para além do piso estabelecido legalmente (15%), em função da assunção de responsabilidades para o funcionamento e efetividade da ABS.

Em sua diversidade, o contexto institucional de gestões municipais tornou-se preponderante para a viabilidade administrativa e funcional da ABS. A maior parte de seus profissionais de saúde estão vinculados diretamente ou indiretamente como servidores públicos de governos municipais, sob diversos regimes contratuais. Mesmo iniciativas impactantes, como o provimento incrementado pelo Programa Mais Médicos (a partir de 2014), cuja vinculação contratual é de âmbito federal, não alteraram significativamente tal situação. Convém destacar que, no caso da força e dos processos de trabalho na ABS, de seus modos de vinculação contratual e perspectivas de campo profissional, há significativa distinção para com os exemplos supracitados e localizados em países do Hemisfério Norte e Ocidental.

A composição do pagamento de trabalho profissional com a agregação de valores dependentes de resultados (*outputs*, *outcomes*) objetiváveis, dimensionáveis e monitoráveis também é característica comum dos sistemas de saúde universais nos países mencionados. Os critérios, métodos e termos de composição e complementaridade para o pagamento de profissionais de saúde, assim como os indicadores correlatos de referência compensatória, geralmente estão reestabelecidos

contratualmente. Trata-se, portanto, de uma pretensão e expectativa de eficiência alocativa regulada por eficácia contratual, geralmente individualizada (profissionais) e raramente particularizada (equipes). Culturas e contextos institucionais distintos dos processos de gestão do trabalho profissional na ABS brasileira.

Consideradas sumariamente algumas das premissas contextuais da ABS e do SUS, convém analisar os termos de coerência e compatibilidade para com a inovação estratégica veiculada pelo Programa Previne Brasil³⁷, que determina a importação e a adaptação de modalidade de per capitalização alocativa individualizada e de adscrição de clientela estratificadas por focalização.

A nova estratégia institucional não só é incoerente e incompatível com a ABS e o SUS como também induz a desconstituição valorativa de seu *ethos* social, desvirtuando o sentido polivalente e interdependente de universalidade com integralidade e equidade em âmbitos locais³⁸. Deforma as diretrizes estratégicas para a Atenção Integral à Saúde, deslocando o seu âmbito de territórios sociais complexos para serviços; de necessidades populacionais complexas para demandas individualizadas, cadastradas e estratificadas por focalização de vulnerabilidade; subordina o sentido de gestão pública ao entorno tecnocrático de governança clínica; desloca a agregação de valores compensatórios para responsabilidades assumidas e para os processos e resultados de trabalho profissional, de um necessário contrato coletivo abrangente (planos de cargos, salários e carreiras de trabalhadores do SUS) para a particularidade de comportamentos regrados por ‘desempenho’ de equipes.

Colaborador

Miranda AS (0000-0001-8947-9676)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União [internet]. 13 Nov 2019. [acesso em 2019 nov 20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
2. Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003. 397 p.
3. Medeiros M. Princípios de justiça na alocação de recursos em Saúde. [internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. [acesso em 2019 nov 22]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2855/1/td_0687.pdf.
4. Polanyi K. La gran transformación: crítica del liberalismo económico. Madri: Virus Editorial; 2016. 528 p.
5. Osborne R. Filosofia para principiantes. Rio de Janeiro: Objetiva; 1998. 192 p.
6. Habermas J. Teoría da la Acción Comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus Humanidades; 1987.
7. Foucault M. Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978. Paris: Seuil; 2004. 448 p.
8. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo Editorial; 2016. 179 p.
9. Pereira JD, Sousa SSS, Patriota LM. Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte dos direitos. Qual. Rev. Eletrônica. [internet]. 2006 [acesso em 2020 ago 24]; 5(3):1-14. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/64/56>.
10. Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro Júnior N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde Soc. [internet]. 2005 [acesso em 2020 ago 24]; 14(2):69-76. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2005.v14n2/69-76/pt>.
11. Kerstenetzky CL. Políticas Sociais: focalização ou universalização? Rev. Econ. Polit. [internet]. 2006 [acesso em 2020 ago 24]; 26(4):564-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572006000400006&lng=en&nrm=iso.
12. Dowbor L. A era do capital improdutivo. Por que oito famílias tem mais riqueza do que a metade da população do mundo? São Paulo: Autonomia Literária; 2017. 313 p.
13. Miranda AS. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil [internet]. São Paulo: Novos Caminhos; 2017. 114 p. [acesso em 2019 nov 22]. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_16.pdf.
14. Santos B. A crítica da governação neoliberal: o Fórum Social Mundial como política e legalidade cosmopolita subalterna. Rev. Crit. Cienc. Soc. 2005; 72:7-44.
15. Teixeira RV. Uma crítica da concepção de política social do Banco Mundial na cena contemporânea. Serv. Soc. Soc. [internet]. 2010 [acesso em 2020 ago 24]; 104:650-680. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400005&lng=en&nrm=iso.
16. Gobetti SW, Amado AM. Ajuste fiscal no Brasil: algumas considerações de caráter pós-keynesian. Rev. Econ. Polit. [internet]. 2011 [acesso em 2019 nov 24]; 31(1):139-159. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-31572011000100007>.
17. Offe C. Capitalismo desorganizado. 2. ed. São Paulo. Brasiliense; 1994. 322 p.

18. Cohn G. A Sociologia e o novo padrão civilizatório. In: Barreira C, organizador. *A Sociologia no Tempo*. São Paulo: Cortez; 2003. p. 41-92.
19. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: N1 Edições; 2018. 80 p.
20. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. 167 p.
21. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estruturado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. 32 p.
22. Rezende FC. O dilema do controle e a falha seqüencial nas reformas gerenciais. *RSP*. 2002; 53(3):53-77.
23. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A Saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, et al. *Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 27-58.
24. Novaes HM. *Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1990. 202 p.
25. Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 226 p.
26. Luhmann N, De Georgi R. *Teoría de la sociedad*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1993. 104 p.
27. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand; 2000. 350 p.
28. Dahl RA. *Sobre a democracia*. Brasília, DF: UNB; 2009. 232 p.
29. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
30. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Unesco; 2002. 726 p.
31. Gramsci A. *Cartas do cárcere*. Antologia [internet]. Galiza: Estaleiro Editora; 2011. 439 p. [acesso em 2019 nov 24]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/14553716/cartas-do-carcere-es-taleiro-editora>.
32. Casara RRR. *Estado Pós-Democrático, Neo-Obscurantismo e Gestão Dos Indesejáveis*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017. 240 p.
33. Coutinho CN. *Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. 202 p.
34. Souza J. *A elite do atraso da escravidão ao Lava-Jato*. Rio de Janeiro: Leya; 2017. 240 p.
35. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Novo modelo de financiamento de custeios da Atenção Primária à Saúde* [internet]. Brasília, DF: CONASEMS; 2019. [acesso em 2019 nov 18]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-basica-e-lancado-no-palacio-do-planalto/>.
36. Wright DS. *Federalism, Intergovernmental Relations, and Intergovernmental Management. Historical Reflections and Conceptual Comparisons*. PAR. 1990; 50(2):168-178.
37. Harzheim E. *Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde*. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(4):1189-1196.
38. Miranda AS. Programa “Médicos pelo Brasil”, simulacro reciclado e agenciamento empresarial [internet]. [Local desconhecido]: Carta Maior; 2019. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/Programa-Medicos-pelo-Brasil-simulacro-reciclado-e-agenciamento-empresarial-/43/44908>.

Recebido em 28/11/2019
Aprovado em 28/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Da fome à palatabilidade estéril: ‘espessando’ ou ‘diluindo’ o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil?

From hunger to sterile palatability: ‘thickening’ or ‘diluting’ the Human Right to Adequate Food in Brazil?

Lúcia Dias da Silva Guerra¹, Aída Couto Dinucci Bezerra², Leonardo Carnut³

DOI: 10.1590/0103-1104202012721

RESUMO No cenário contemporâneo, a tríade ‘alimento-mercadoria-doença’ se ‘espessa’ e se ‘dilui’ em virtude dos rearranjos das crises econômicas globais e suas expressões locais na dinâmica política-econômica-social capitalista. Reproduzindo-se em suas diferentes faces: a da escassez – fome, desnutrição, carências nutricionais; e a dos problemas advindos do excesso de consumo de alimentos altamente industrializados – sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a alimentação enquanto um direito social encontra-se em disputa, como todos os outros direitos, em virtude da crise econômica global e sua expressão em nível local. Este ensaio visa a oferecer uma reflexão sobre os contornos que o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) vem apresentando no Brasil na história recente. Para tanto, optou-se por oferecer uma análise crítica sobre esses contornos. O artigo se estrutura em três partes: a primeira destaca as desenvolvimentos do tema a partir da agenda da segurança alimentar e nutricional global e local; a segunda explicita o percurso da construção histórica mais recente no cenário nacional e os desafios atuais mediante ao cenário de desmontes dos direitos sociais; e a terceira lança alguns questionamentos para a tomada de consciência sobre as posições e as ações assumidas pelos agentes sociais envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE Segurança alimentar e nutricional. Fome. Política pública. Direitos humanos. Dieta.

ABSTRACT *In the contemporary scenario, the triad ‘food-health-merchandise’ gets ‘thick’ and ‘dilutes’ due to the rearrangements of global economic crises and their local expressions in capitalist political-economic-social dynamics. Reproducing itself in its different faces: that of scarcity – hunger, malnutrition, nutritional deficiencies; and the problems arising from overconsumption of highly industrialized foods – overweight, obesity and chronic non-communicable diseases. In Brazil, food as a social right is in dispute, like all other rights, due to the global economic crisis and its expression at the local level. This essay aims to offer a reflection on the contours that the Human Right to Adequate Food (HRAF) has been presenting in Brazil in recent history. For this purpose, it was decided to offer a critical analysis on these outlines. The article is structured in three parts: the first highlights the development of the theme from the global and local food and nutritional security agenda; the second explains the path of the most recent historical construction on the national scene and the current challenges through the dismantling scenario social rights; and the third raises some questions for raising awareness about the positions and actions taken by the social agents involved.*

KEYWORDS *Food and nutrition security. Hunger. Public policy. Human rights. Diet.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
luciadsguerra@usp.br

²Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

No âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), toda pessoa deve ter preservada a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), nos aspectos da suficiência (proteção contra a falta de alimentos e a desnutrição), da qualidade (prevenção de doenças associadas à alimentação) e da adequação (apropriação às circunstâncias sociais, ambientais e culturais)^{1,2}. Por sua vez, situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) se expressam concretamente através da

fome, obesidade, doenças associadas à alimentação inadequada, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente, bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural³.

A ‘alimentação adequada’ pode ser entendida como um ato social, cultural e biológico que envolve um conjunto de hábitos e substâncias as quais o homem utiliza, não só com relação às suas funções vitais, mas, também, como um elemento da sua cultura para manter ou melhorar a sua saúde⁴. O ato de se alimentar é permeado pelos princípios aplicados à nutrição, como variedade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), que envolvem a dimensão sensorial e se relacionam diretamente com a construção mais recente do que vem a ser ‘comida de verdade’^{5,6}.

Entre as dimensões que abarcam a alimentação adequada estão o acesso à informação, o acesso a recursos financeiros ou naturais (terra, água), a adequação nutricional, a qualidade sanitária, a diversidade étnico-racial e de gênero, o respeito e a valorização da cultura alimentar nacional e regional, o consumo de alimentos livres de contaminantes, de agrotóxicos e de organismos geneticamente modificados e também a realização de outros direitos, como a saúde, a educação, o trabalho e o lazer⁷.

Acabar com a fome e a miséria consistiu na primeira meta da Organização das Nações Unidas (ONU) para o alcance dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015), que visam ao enfrentamento de questões ligadas aos direitos humanos, como a alimentação, o meio ambiente, os direitos das mulheres e os direitos sexuais⁸. Segundo a Food and Agriculture Organization (FAO), no ano de 2011, 14,3% da população mundial (1,02 bilhão de pessoas) estavam em situação de fome, considerada a face mais grave da IAN⁹. Em 2015, houve diminuição do número de pessoas em situação de fome no mundo (795 milhões), mas ainda permanecem populações vulneráveis em Regiões do Oeste da Ásia, África Central, África Subsaariana e alguns países da América Latina¹⁰.

A ONU definiu o período de 2016 a 2025 como a ‘Década de Ação pela Nutrição’, com objetivo de reforçar as ações de alimentação e nutrição em escala global, reconhecer a necessidade de erradicar a fome e evitar as diversas formas de nutrição inadequada¹¹ para enfrentamentos das situações de IAN. A definição dessa década visa a trazer o tema da alimentação e da nutrição para o centro das discussões nos âmbitos internacional e nacional, dos governos e da sociedade.

Dados do Relatório da FAO, *El Estado de La Seguridad Alimentaria y La Nutrición en el Mundo*¹², mostram que cerca de 820 milhões de pessoas não tiveram acesso suficiente a alimentos no ano de 2018, havendo um aumento consecutivo quando comparado ao ano de 2017, em que eram 811 milhões o número de pessoas nessa situação. Isso representa um enorme desafio para os países alcançarem os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (2015-2030), que contemplam as dimensões econômica, social e ambiental, particularmente, no que diz respeito à Meta 2 – ‘fome zero e agricultura sustentável’. Visto que, frente à recessão econômica, a fome tem aumentado em países nos quais o crescimento econômico está paralisado, particularmente aqueles de renda média e

aqueles que dependem em grande medida do comércio internacional de matérias primas.

Atualmente, países latino-americanos, como o Brasil, experimentam uma transição nutricional marcada pela dupla face de questões ligadas a inadequações na alimentação. Coexistem a desnutrição e as carências nutricionais; o sobrepeso e a obesidade, associados a um conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹³⁻¹⁵. Estas, por sua vez, têm sido um sério problema de saúde pública global, responsáveis por 80% das mortes que ocorrem nos países em desenvolvimento¹⁶. O cenário das doenças associadas à nutrição (obesidade, hipertensão, diabetes) tem onerado os gastos públicos com saúde, devido ao custo do tratamento para os indivíduos, famílias e, principalmente, para os sistemas de saúde¹⁷.

No Brasil, a crescente prevalência de sobrepeso e obesidade constitui um dado expressivo dentro do perfil epidemiológico da população brasileira: 54% da população maior de 18 anos vivenciam essa situação¹⁵. Isso sinaliza a necessidade de investir e fortalecer a alimentação da população, tomando a saúde, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), como cenário privilegiado para tal prática. Além de ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que possam contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde e para a SAN¹⁸⁻²⁰, com trabalho articulado e intersetorial de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da população. Não há como negar a forte interface entre a saúde e a alimentação, pois ambas compartilham de princípios comuns, e a alimentação é um elemento constitutivo da condição de saúde-doença dos indivíduos, e, como tal, também é socialmente produzida. Assim, a SAN é uma questão central para referenciar a saúde da população e o desenvolvimento de um país²¹.

Com base no exposto, este ensaio visa a oferecer uma reflexão sobre os contornos que o DHAA vem apresentando no Brasil na história recente. Para tanto, optou-se por oferecer uma análise crítica sobre esses contornos. O

artigo se estrutura em três partes: a primeira destaca as desenvolvuras do tema a partir da agenda da segurança alimentar e nutricional global e local; a segunda explicita o percurso da construção histórica mais recente no cenário nacional e os desafios atuais mediante o cenário de desmontes dos direitos sociais; e a terceira lança alguns questionamentos para a tomada de consciência sobre as posições e as ações assumidas pelos agentes sociais envolvidos.

A alimentação como um direito humano: desenvolvuras da Segurança Alimentar e Nutricional do global ao local

A alimentação, a partir da perspectiva da SAN, passa a ter destaque no período entreguerras. Na I Guerra Mundial (1914-1918), o termo 'segurança alimentar' começou a ser utilizado na Europa relacionado à 'segurança nacional', ou seja, era ligado à capacidade de cada país de produzir seus próprios alimentos para que não ficasse exposto a problemas relacionados a questões políticas ou militares. Na II Guerra Mundial (1939-1945), o termo era entendido como uma questão de disponibilidade de alimentos. A partir de 1950, o mundo passa a vivenciar a crise na produção de alimentos, que impulsionou, nas décadas de 1960 e 1970, a Revolução Verde, cujo objetivo era aumentar a produção associada ao uso de novas variedades genéticas e fortemente dependentes de insumos químicos; tinha como modelo agrícola a monocultura de alimentos, que, posteriormente, trouxe graves consequências ambientais, econômicas e sociais, tais como: redução da biodiversidade, menor resistência a pragas, êxodo rural e contaminação do solo e dos alimentos por agrotóxicos.

A crise mundial de produção de alimentos levou à realização da I Conferência Mundial de Alimentação (1974). Essa conferência teve o propósito de repensar uma política estratégica

para o armazenamento e a produção de alimentos com o intuito de garantir a regularidade do abastecimento²². Nesse período, permaneceu a ideia da alimentação como um fenômeno exclusivamente econômico, relacionado à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos, sem considerá-la um fator essencialmente relacionado aos interesses da saúde pública e à dimensão dos direitos humanos.

No final da década de 1980 e início de 1990, havia intensa movimentação internacional para afirmação dos direitos humanos. Em 1993, houve a Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena, um marco importante que declarou: “todos os direitos humanos fundamentais são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados”²³⁽⁴⁾, conforme disposto no art. 5º da declaração da conferência. Esse momento lembrou os governos de todo o mundo do papel fundamental dos Estados na construção do reconhecimento dos direitos humanos no âmbito nacional e das garantias para a sua efetivação, conforme os acordos firmados nos pactos internacionais.

No ano de 1996, em Roma, foi realizada a Cúpula Mundial da Alimentação, um momento de grande importância que contribuiu para repensar a alimentação como um direito humano fundamental. Essa reunião possibilitou firmar o papel essencial da garantia do DHAA para a SAN, e foram incorporadas noções de equidade, justiça e relações éticas entre a geração atual e as futuras, o direito à vida, à dignidade humana, à autonomia e à satisfação de outras necessidades fundamentais².

Um dos encaminhamentos resultantes dessa cúpula foi a definição do conceito e das formas de operacionalização do DHAA, criada a partir de uma interpretação acerca do art. 11º do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) (Comentário Geral nº 12 ‘O direito humano à alimentação’, 1999, parágrafo 2)²⁴⁽²⁾:

O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho

ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. No entanto, os Estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome mesmo em épocas de desastres, naturais ou não.

Desse modo, afirma-se que a fome deve ser concebida a partir de diferentes dimensões e ser entendida nas suas faces fortemente subjetivas, que se constroem em um *continuum* que parte desde a vontade de comer (relacionada às necessidades fisiológicas do corpo biológico), pela situação de nutrição inadequada (causada por desbalanço energético e/ou de nutrientes), chegando às necessidades históricas, culturais, psicológicas e espirituais do ato de alimentar-se, que denotam a incorporação da noção de dignidade humana^{1,25}.

É indubitável que a fome, sob uma concepção ampliada, constitui-se em violência ao ser humano e violação ao seu direito à vida. A alimentação é um direito humano fundamental que possui, em sua essência, a discussão do princípio da proteção da ‘dignidade da pessoa humana’, semelhante aos princípios do direito à saúde^{26,27}. A alimentação e a nutrição são essenciais para a promoção e proteção da vida, pois possibilitam a afirmação do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de saúde e cidadania²⁸.

As situações de IAN possibilitam analisar as relações entre a alimentação e a saúde das populações tanto no âmbito individual como coletivo, porque apresentam determinantes relacionados às condições de vida e ao grau de desenvolvimento humano, social e econômico^{29,30}. Alguns estudos permitem caracterizar as pessoas vulneráveis à situação de IAN: são pessoas com cor da pele preta ou parda,

baixa renda, baixa escolaridade, que experimentam condições de moradia e saneamento precárias e têm sua saúde comprometida³¹⁻³⁵. Adicionalmente, é possível conjecturar que situações de IAN trazem em si marcas das desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero, da falta de acesso e disponibilidade dos alimentos e do consumo de alimentos de qualidade nutricional inadequada^{10,36}.

Nesse sentido, quando há a violação de um direito humano, muito provavelmente há a violação concomitante de outros direitos humanos³⁷. Então, compreender que existem pessoas ou populações em situação de IAN significa assumir a violação do DHAA e presumir a de outros direitos humanos fundamentais, como saúde, trabalho, moradia, educação e lazer. Essa vulnerabilidade está pautada na existência de outras vulnerabilidades de relações sociais, fatores contextuais e aspectos individuais que, acompanhados da falta de aparatos governamentais e da sociedade civil, limitam a capacidade de ação das pessoas^{38,39}.

O 'Marco Estratégico Global para a SAN' da FAO⁴⁰ reporta, explicitamente, a importância da integração dos princípios dos direitos humanos para a construção da SAN: a participação, a prestação de contas, a não discriminação, a transparência, a dignidade humana, a delegação de poder e o estado de direito.

No entanto, a efetivação do DHAA colide com a dinâmica capitalista, a qual mercadoriza o alimento e reifica o ato de se alimentar⁴¹. Nessa relação entre sujeito e alimento, o que importa na dinâmica capitalista é primordialmente a inserção do sujeito no mundo do consumo. Ela se utiliza do alimento industrializado para apelar à dimensão fetichizada do ato de consumir, reduzindo a nutrição ao limiar de sobrevivência, quando esta ainda é possível. A transformação do alimento em mercadoria perpassa o aumento da tecnologia na produção, como expressão do incremento do capital constante (máquinas) em relação ao capital variável (força de trabalho). Essa dominância tecnológica se maximiza na vida concreta dos sujeitos pela oferta de alimentos altamente

industrializados, de baixo valor nutricional, alta densidade calórica, ricos em substâncias que os tornam agradáveis/palatáveis ao gosto e capturam os desejos individuais e coletivos, por meio de uma 'palatabilidade estéril' que ocorre via quatro ingredientes principais: açúcar, sal, gordura⁴², e aditivos alimentares.

Nesse contexto, o ato de se alimentar é apenas mais um ato mecânico do cotidiano, desconfigurado pelo consumo acelerado do alimento-mercadoria⁴² e pelo esvaziamento do sentido de comensalidade, outrora constitutivo da alimentação⁴³. Hoje, alimentar-se é uma ação instrumental, reificada e submissa ao processo de individualização vigente. A ordem instituída, supostamente defensora da liberdade individual, realiza justamente o seu contrário: a aquisição instantânea de quaisquer produtos prontos ou quase prontos para consumo.

No mundo globalizado, a indústria de alimentos e a rede de distribuição/comercialização, tal como vêm se organizando desde o século XX e a sua intensificação no século XXI, representam ameaças à soberania alimentar dos países, tornando necessária, cada vez mais, a luta por sistemas agroalimentares sustentáveis. A concentração do mercado de produção de sementes e o comércio de agrotóxicos têm impactado substancialmente o que se planta, se cria e se come, e, claro, seria impossível crer que não houve implicações na qualidade dos alimentos. A primeira implicação é que os sistemas agroalimentares são atingidos por uma lógica global de captura e homogeneização das diversidades alimentares presentes em cada cultura⁴².

É pertinente lembrar que a noção de soberania alimentar vem sendo construída e difundida pelos movimentos sociais desde meados da década de 1990, com a principal motivação de responder à perda de capacidade dos Estados Nacionais de formularem suas políticas agrícolas e alimentares no contexto da progressiva internacionalização da economia, comandada pela supremacia e pelo avanço do *agribusiness*. Por sua vez, torna-se importante

fazermos o contraponto a essa dinâmica global e local, definindo a soberania alimentar como:

o direito dos povos definirem suas próprias políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito à alimentação para toda a população, com base na pequena e média produção, respeitando suas próprias culturas e a diversidade dos modos camponeses, pesqueiros e indígenas de produção agropecuária, de comercialização e gestão dos espaços rurais, nos quais a mulher desempenha um papel fundamental [...]. A soberania alimentar é a via para erradicar a fome e a desnutrição e garantir a segurança duradoura e sustentável para todos os povos⁴⁴⁽⁴⁻⁵⁾.

Essa tensão entre o global e o local, nesse mundo globalizado, parece ser uma distopia para a concretização dos direitos humanos, como a alimentação, pois as decisões produzidas no âmbito internacional tendem a estar pautadas no consenso entre países, sem compreender a existência de diferenças culturais que estão postas para a implementação de acordos e construção de políticas públicas no âmbito local. Nesse sentido, permanece a difícil tarefa de associar o dinamismo econômico, a promoção de justiça social, a melhoria sustentável da qualidade de vida, do ambiente, na tentativa de firmar a soberania alimentar e a lógica de justiça social.

A construção histórica do DHAA no Brasil e os desafios atuais mediante o cenário de desmontes dos direitos sociais

Para essa construção histórica, será necessário recorrer brevemente ao período de 1930 a 1986, para tentar entender as bases conceituais e políticas da construção desse direito a partir da trajetória da SAN, já devidamente descrita na literatura^{1,45,46}.

Desde a década de 1930, o diagnóstico da fome, mapeado por Josué de Castro, denunciou que os problemas alimentares presentes na população brasileira consistem em um complexo simultâneo de manifestações biológicas, econômicas e sociais, mediado por fatores políticos, seja pela omissão do Estado ou da própria sociedade em consentir com tal situação⁴⁷.

Os primeiros programas governamentais de alimentação e nutrição são das décadas de 1930 e 1940 e foram impulsionados pelo Plano Salte – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Esse período foi marcado pelo intenso processo de urbanização e industrialização, em que os problemas alimentares brasileiros já denunciavam a forte relação entre a alimentação, a miséria, a pobreza e o atraso econômico. Esses programas se estenderam até o início da década de 1960 e estavam focalizados em grupos específicos, como trabalhadores, gestantes, crianças e escolares. Continham uma abordagem voltada à distribuição de gêneros alimentícios, como o leite em pó, associados à padronização de práticas e hábitos alimentares que reforçam a relação do alimento como mercadoria, já que estava sujeita aos interesses econômicos internacionais do escoamento de excesso de produção⁴⁶.

Durante a ditadura militar, as questões ligadas à alimentação eram coordenadas pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) e centralizavam-se em programas voltados para a produção e comercialização de alimentos e, posteriormente, suplementação das carências nutricionais, mais uma vez, voltadas aos grupos prioritários. No entanto, nesse período, destacam-se a criação de alguns mecanismos institucionais que podem ser identificados como iniciativas de articulação intersectorial no âmbito da SAN, como as ações do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan)⁴⁵.

Guardado o devido ‘salto histórico’, mais recentemente, a SAN ganha maior visibilidade no cenário nacional enquanto movimento político-normativo para a efetivação do DHAA. Em 1985, é feita a primeira referência

a uma proposta de política pública: ‘Segurança Alimentar – proposta de uma política contra a fome’. Apesar de suas poucas consequências práticas, a proposta continha as bases das diretrizes de uma política nacional de SAN e a criação de um Conselho Nacional de SAN, o Consea¹.

Em 1986, houve uma intensa movimentação na área da saúde pública com a luta pela garantia do direito à saúde no Brasil (o Movimento da Reforma Sanitária), e, nesse momento, a SAN esteve presente entre o quadro de temas das emendas apresentadas ao anteprojeto da Constituinte⁴⁸. Nesse mesmo período, destacou-se a realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição no interior da VIII Conferência Nacional de Saúde⁴⁹, onde foi lançada a noção inicial de SAN, que acrescentou ao termo consagrado internacionalmente ‘segurança alimentar’ o adjetivo ‘nutricional’, com o objetivo de interligar os dois principais enfoques que estiveram na base da sua construção, o socioeconômico e o de saúde e nutrição. Em adição, houve a proposta de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição que formulasse uma política nacional para a área e a criação de um Sistema Nacional de SAN integrado por conselhos e sistemas nas esferas estadual e municipal¹.

No âmbito do governo federal, a década de 1990 foi marcada pelo discurso da estabilização econômica, da ‘modernização’ do Estado, com a redução dos recursos financeiros, o esvaziamento e a extinção de programas e iniciativas de alimentação e nutrição junto ao Estado, relegando a SAN a segundo plano^{46,50}. No entanto, houve importantes mobilizações sociais que buscavam contestar essas ações.

Em 1993, por exemplo, o ‘Movimento pela Ética na Política’ liderado por Herbert José de Souza, o ‘Betinho’, que impulsionou o processo de formação de Comitês de Combate à Fome e ganhou força com o movimento social ‘Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e Pela Vida’. Os comitês tinham abrangência local, municipal e estadual, eram constituídos por setores diversos da sociedade e tinham a articulação de dois tipos de ações: emergenciais e

de pressão de opinião pública⁴⁵. O movimento resultou na criação da Organização Não Governamental (ONG) ‘Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e Pela Vida’, ainda existente nos dias atuais.

Naquele mesmo ano, houve a criação do Consea (Decreto nº 807, de 22 de abril de 1993), e iniciou-se a construção de uma agenda nacional de SAN, que deu origem às iniciativas de descentralização de programas de alimentação e nutrição: alimentação escolar, ampliação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e distribuição de estoques públicos de alimentos às populações carentes¹. Com o Consea, deu-se início a organização e realização de conferências nacionais de SAN, espaços importantes para a construção do DHAA no Brasil. Em 1994, houve a I Conferência de SAN, que elaborou o primeiro esboço da definição atual de SAN, e foram produzidos, também, uma declaração política e um documento programático para a criação de uma Política Nacional de SAN³⁵.

O Consea durou pouco tempo, sendo extinto em 1995 pelo governo Fernando Henrique Cardoso. Essa interrupção prejudicou a revisão e o aprofundamento da SAN no cenário brasileiro, principalmente no que se refere à participação da sociedade civil na construção de políticas públicas para a garantia do DHAA¹. A proposta apresentada na época foi o ‘Programa Comunidade Solidária’, que contou com um conselho para avançar na ‘parceria’ Estado-sociedade. Essa estratégia pretendia enfrentar o combate à fome, à pobreza e à exclusão social inspirado nas experiências de mobilização da sociedade civil, no entanto, dentro de um plano focalizado no discurso neoliberal, de flexibilidade e parcerias entre o Estado mínimo, o mercado e o terceiro setor^{36,46}.

Houve a intenção do governo FHC de dar continuidade aos trabalhos do Consea, com a criação de um Comitê Setorial de SAN. No entanto, a ideia de incorporação da SAN, como um objetivo estratégico orientador de políticas públicas, submergiu as prioridades gerais do governo, limitando-se ao desenvolvimento de

programas focalizados no lugar da construção de uma política pública¹. Nesse cenário, a exceção foi alcançada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, do Ministério da Saúde), cujo objetivo era estabelecer diretrizes específicas para as ações de alimentação e nutrição dentro do setor saúde⁴⁶.

Em 1998, a sociedade civil brasileira se organizou para a criação do Fórum Brasileiro de SAN (FBSAN), que congregou entidades distribuídas por todas as regiões do País. O FBSAN, desde a sua existência, tem contribuído para a mobilização social e o avanço nas formulações sobre SAN, organizando a participação brasileira em fóruns internacionais e direcionando a atuação no âmbito local³⁶.

Houve retrocessos na apropriação da noção de SAN como garantia do DHAA no âmbito do governo federal, no entanto, ocorria a sua ampliação em duas portas nas esferas estadual e municipal da administração pública: o abastecimento alimentar ligado à produção e às práticas alimentares, e a área de assistência/desenvolvimento social¹.

Chega-se, assim, a um marco importante da agenda pública da SAN para a garantia do DHAA, o ‘Projeto Fome Zero: uma Política Nacional de SAN para o Brasil’, lançado em 2001 pelo Instituto Cidadania, que, posteriormente, foi a base do Programa Fome Zero, apresentado em 2003 pelo governo federal. A criação desse programa possibilitou a inserção do discurso do pacto social de combate à fome e à miséria, da pauta do direito à alimentação e da SAN, como prioridade do governo federal brasileiro através da construção de políticas intersetoriais desenvolvidas em três modalidades de intervenção: estruturais, específicas e locais⁴³.

Para isso, foi montado um arcabouço operacional que envolveu diversos ministérios, a criação de um Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (Mesa), além da reativação do Consea. Após muitas críticas, o Mesa foi reformulado, criando-se o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)⁵⁰, existente até o ano

de 2016, após o golpe institucional, transformando-se, no governo Temer, em Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA). Em 2019, foi extinto pelo governo Bolsonaro, através da Medida Provisória nº 870, e incorporado ao Ministério da Cidadania.

Entre as ações e os programas desenvolvidos por esse Ministério, destaca-se a criação do Programa Bolsa Família (PBF), em 2004, que unificou outros programas de transferência de renda originários do governo FHC⁵⁰. Segundo o MDSA, o PBF beneficiou, em 2015, cerca de 13,9 milhões de famílias, e estudos mostram o seu impacto positivo na aquisição e qualidade dos alimentos nos domicílios e na alimentação e no crescimento infantil^{51,52}.

Em 2011, houve a continuidade na construção da agenda pública de SAN junto ao governo federal, com o plano de governo ‘Brasil sem Miséria’, criado para superar a extrema pobreza no País. O plano foi organizado em três eixos: a garantia de renda, para alívio imediato da situação de pobreza; o acesso a serviços públicos, para melhorar as condições de educação, saúde e cidadania das famílias; e a inclusão produtiva, para aumentar as capacidades e as oportunidades de trabalho e geração de renda entre as famílias mais pobres do campo e da cidade. Por conseguinte, foi lançado o ‘Brasil Carinhoso’, após o plano anterior ter identificado que a miséria tinha maior incidência entre crianças de 0 a 6 anos e adolescentes de até 15 anos. Este segundo plano foi concebido numa perspectiva de atenção integral e envolveu três importantes aspectos ligados ao desenvolvimento infantil: renda, educação e saúde. No entanto, principalmente a partir de 2014, o País é marcado pelo declínio do crescimento econômico. As conquistas dos anos anteriores, baseadas na inclusão pelo consumo e altamente dependentes do mercado externo, pareceram ser efêmeras. Segue-se uma crise política, marcada pelo distanciamento entre o governo e sua base social⁵³.

Em 2016, o Brasil passa por um processo de golpe institucional de Estado e deslegitimação da democracia, enquanto procedimento. Em

que pesem os diversos motivos que geraram a crise política do País (que não são objetivos deste texto, mas que influenciam no tema abordado), o fato é que as políticas públicas estruturantes, como alimentação, saúde, educação e assistência social, deixaram de ser prioridades, iniciando-se o desmonte realizado pelo governo ilegítimo. Ficando em segundo plano e associadas a medidas de ajustes fiscais, definidas por cortes e redução de gastos públicos, bem como reformas institucionais reducionistas, levando a retrocessos concretos de conquistas sociais e ameaça real à soberania alimentar. Tais ajustes fiscais, considerados um modelo de contingenciamento preventivo são concretamente uma “rota abstrata de contingenciamento que nega a plena eficácia dos direitos fundamentais”⁵⁴⁽¹¹⁰¹⁾.

O plano de governo ‘A Travessia Social: uma ponte para o futuro’, lançado posteriormente ao golpe, é um exemplo de projeto neoliberal que propõe uma reorganização do País para supostamente conter a crise econômica e retomar o crescimento, aos moldes da implantação de um Estado Mínimo. As medidas para a concretização dessa proposta estão ligadas ao controle dos gastos públicos, destacando-se a Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016 – ‘PEC do Teto dos gastos públicos’ (PEC 55) –, que instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União com o intuito de ‘congelar’ as finanças do Estado por 20 anos (atual Emenda Constitucional-95). Medida que tramitou de forma apressada nas instâncias legislativas do Estado brasileiro e com limitada participação da sociedade, embora apresentada para consulta pública no canal e-Cidadania do Senado Federal, com resultado final de 23.770 a favor e 345.718 contra. Assistiu-se à opinião popular ser claramente ignorada, visto que a PEC 55 foi aprovada no Legislativo e promulgada como Emenda Constitucional nº 95, em 15 de dezembro de 2016 (EC nº 95).

Nesse sentido, políticas e programas que visam à garantia dos direitos sociais estão comprometidas, se adicionarem-se à EC nº 95 as

propostas atuais já aprovadas no Estado brasileiro (a reforma trabalhista e da previdência social). Esse cenário de desmonte dos direitos sociais já vem gerando impactos negativos diretos no desenvolvimento humano e social do País, anunciando o descrédito do Brasil perante organizações internacionais. Cenário este agravado com a pandemia da Covid-19.

Ratifica-se que, em um contexto de economia liberal, os programas de governo ficam ajustados às variações de mercado, restringindo as possibilidades de obterem-se resultados positivos nos campos social, político e dos direitos humanos⁵⁵.

Tendo em vista que o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a colocar a fome e a pobreza no centro das políticas públicas, isso contribuiu para que o País saísse do Mapa da Fome da ONU, no ano de 2014. As estratégias e ações adotadas para atingir esse patamar tiveram escopo intersetorial visando à garantia do DHAA, com investimento em transferência de renda, merenda escolar, agricultura familiar e apoio à captação de água para consumo humano e produção de alimentos em regiões de seca⁵⁶.

Dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Brasileiro (2016), mostram que a EC nº 95 deve gerar em 20 anos a perda de até R\$ 743 bilhões para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde de grupos sociais mais vulneráveis. As reconfigurações do subfinanciamento da saúde pública possibilitam projetar um futuro de condições ainda piores para a preservação da vida⁵⁷, da dignidade humana, do avanço permanente da inovação tecnológica no setor saúde e do aumento das DCNT. Além de perdas equivalentes a até R\$ 868 bilhões na Política de Assistência Social, que impactarão diretamente programas sociais como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan)⁵⁸.

Como diversas políticas sociais são operacionalizadas pelos estados e municípios em regime de cofinanciamento, as reduções nos gastos públicos federais podem representar a

paralisação de alguns serviços locais e a descontinuidade de políticas sociais nos âmbitos estadual e municipal. À medida que o Sisan, o Suas e o SUS sejam enfraquecidos continuamente, a sociedade terá reduzida sua capacidade de monitoramento do cumprimento das obrigações do Estado, como a de garantir o DHAA e a saúde. Isso já se comprovou com a extinção do Consea (em 2019, pelo governo Bolsonaro, por meio da MP nº 870) – órgão importante para a sociedade civil (que ocupava dois terços da sua representação) e de assessoramento imediato da Presidência da República. Algumas de suas funções eram articular, acompanhar e monitorar as ações inerentes à Política Nacional de SAN e ao Plano Nacional de SAN, além de zelar pela efetividade do DHAA⁵.

Considerando os avanços, sem deixar de lado o construto histórico da complexa realidade alimentar brasileira e suas profundas marcas de desigualdades sociais^{59,60}, o cenário atual do Brasil aponta para a desconstrução das políticas públicas sociais e anuncia processos de instabilidade na garantia dos direitos sociais, como, por exemplo, o DHAA; que foram agravados pela pandemia da Covid-19.

O DHAA e os demais direitos sociais estão em disputa a todo tempo, seja no plano teórico-conceitual, na construção ou permanência de valores ou também no âmbito da formulação e implementação das políticas públicas, à medida que a organização social e política e as relações de poder se rearranjam em uma sociedade, constituindo-se num campo em construção⁶¹.

Afinal, estamos ‘espessando’ ou ‘diluindo’ o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil?

Na discussão para a realização do DHAA no âmbito global e local, a ONU definiu a Década da Ação pela Nutrição (2016-2025), que traz para o centro da sociedade, dos governos e das

universidades a oportunidade de debater o tema da alimentação e nutrição, possibilitando a construção de estratégias para o fortalecimento de políticas públicas que confirmem materialidade para o DHAA.

No contexto da implementação local das políticas públicas para efetivação do DHAA, destaca-se o caráter relevante e central da inclusão dos recursos humanos, os profissionais de saúde, como participantes das políticas em seus aspectos político, administrativo, técnico e social. Atrelada a isso, há a necessidade de que sejam revistas as estratégias para disseminação da noção de alimentação adequada (constitutiva do valor da alimentação), que se tem tentado construir nas políticas públicas e nos marcos de referências que orientam os serviços, os profissionais de saúde e a população a respeito do tema, uma vez que elas parecem não alcançar todos esses agentes de efetivação do DHAA a ponto de se tornarem corresponsáveis na sua práxis cotidiana.

Em tempos de crise política, econômica, social, sanitária, a garantia dos direitos sociais, como alimentação, saúde, educação, trabalho e moradia, é tradicionalmente impactada pela opção dos governos da ocasião de subsumir o papel do Estado frente às dinâmicas neoliberais. Para o cenário brasileiro, a ideia de um Estado em crise financeira, que deve gastar pouco com suas políticas públicas sociais, parece convencer um povo que, na verdade, necessita da efetivação de seus direitos humanos fundamentais.

O discurso da estabilização econômica tem se mostrado capaz de sobrepujar as agendas de desenvolvimento humano no País, e as discussões mais necessárias estão veladas, como, por exemplo, quais as consequências da política atual para a garantia dos direitos sociais? Quem são os mais afetados? E se esse é o modelo de sociedade que nós, brasileiros, queremos.

A coexistência da fome, da desnutrição, das carências nutricionais junto ao sobrepeso e à obesidade não é apenas uma constatação da epidemiologia nutricional infundida em

documentos/relatórios de instituições internacionais e nas políticas públicas brasileiras de alimentação que buscam validar a IAN como consequência da superpopulação, da escassez de alimentos, da determinação geográfica e de catástrofes naturais. Trata-se de uma expressão concreta da lógica capitalista e de sua reprodução de desigualdades e pobreza, que tem como um dos seus instrumentos: a alimentação como mercadoria.

Se o capitalismo utiliza a alimentação para reproduzir-se enquanto produto/mercadoria e não como ‘alimentação adequada’ para todos, não medirá esforços para o emprego de tecnologia na contraversão de uma ‘poção mágica’ (sal, gordura e açúcar) para a conquista de uma ‘palatabilidade estéril’ dos alimentos. Se esse é o caminho, não há dúvida de que ele já foi trilhado. Se o atrativo para atender aos desejos dos consumidores se reforça pelo convencimento de uma publicidade enganosa de alimentos, o capitalismo já está empenhado nessa tarefa.

Cabe a reflexão: onde estamos no embate da construção da alimentação que queremos? ‘Espessamos’ a alimentação como um direito humano fundamental para adensar outros direitos sociais, como a saúde, e a perscrutamos com a lógica de bem humano? Ou ela já se ‘diluuiu’ ordinariamente nesse Estado

capitalista e mais ainda entre o cotidiano de trabalhadores: pesquisadores, profissionais de saúde, agentes públicos?

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no qual foi defendida a tese de doutorado que originou este artigo (intitulada ‘Direito Humano à Alimentação Adequada e atuação profissional em saúde pública’, no ano de 2017). Ao Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário – Cepedisa, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Colaboradores

Guerra LDS (0000-0003-0093-2687)* trabalhou na concepção, redação e revisão do manuscrito. Bezerra ACD (0000-0001-9132-4390)* colaborou para a redação e a revisão crítica do manuscrito. Carnut L (0000-0001-6415-6977)* colaborou para a redação e a revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Maluf RS. Segurança Alimentar e Nutricional. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2009.
2. Valente FLS. Direito Humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez; 2002.
3. Brasil. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 Set 2006. [acesso em 2021 fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm.
4. Canesqui AM, Diez-Garcia RW. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
5. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final III Conferência Nacional de SAN: por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Fortaleza: Consea; 2007.
6. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final 5ª Conferência Nacional de SAN – Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar. Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica à Saúde. Dialogando sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto do SUS. Brasília, DF; 2010. (Série F – Comunicação e Educação em Saúde).
8. Organização das Nações Unidas. The Sustainable Development Goals Report. New York: ONU; 2016.
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo: como afecta la volatilidade de los precios internacionales a las economias nacionales y la seguridad alimentaria? Roma: FAO; 2011.
10. Food and Agriculture Organization of the United Nations. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 em relación el hambre: balance de los desiguales progresos. Roma: FAO; 2015.
11. Organização das Nações Unidas no Brasil. Assembléia geral da ONU proclama Década de Ação sobre Nutrição (2016-2025) [internet]. Geneva: ONUBR; 2016. [acesso em 2016 abr 12]. Disponível em: <https://na-coesunidas.org/assembleia-geral-da-onu-proclama-decada-de-acao-sobre-nutricao-2016-2025/>.
12. Food and Agriculture Organization of the United Nations. El estado de la inseguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Roma: FAO; 2019.
13. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: WHO; 2016.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Opas; 2016.
15. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet. 2011; (4):61-74.
16. World Health Organization. Global Status Report on non-communicable diseases 2014: “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility” [internet]. Geneva: WHO; 2014. [acesso em 2016 jul 28]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
17. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007; 370(9603):1929-38.

18. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad. Saúde Pública*. 2016; (32):1-10.
19. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica À Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(12):3289-3300.
20. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr*. 2011; 24(6):809-824.
21. Chilton M, Rose D. A rights-based approach to food insecurity in the United States. *Am J Public Health* 2009; (99):1203-1211.
22. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: ABRANDH; 2013.
23. Declaração e Programa de Ação de Viena: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos [internet]. Viena; 1993. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>.
24. Organização das Nações Unidas. Comentário Geral nº 12: O direito humano à alimentação (art. 11). Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos [internet]. Nova York: ONU; 1999. [acesso em 2016 out 28]. Disponível em: <http://www.sesc.com.br/mesa-brasil/doc/Direito%20humano%20%C3%A0%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Seguran%C3%A7a-alimentar.pdf>.
25. Valente FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Saúde Soc*. 2003; 12(1):51-60.
26. Albuquerque MFM. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev. Nutr*. 2009; (22):895-903.
27. Aith FMA. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin; 2007.
28. Arruda IKG, Arruda BKG. Nutrição e Desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública* 1994; (10):392-397.
29. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(1):187-199.
30. Buss MP, Pellegrini-Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(171):77-9377.
31. Santin GC, Pintarelli TP, Fraiz FC, et al. Associação entre cárie dentária não tratada e insegurança alimentar em escolares. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2):573-584.
32. McCoy SI, Buzdugan R, Mushavi A, et al. Food insecurity is a barrier to prevention of mother-to-child HIV transmission services in Zimbabwe: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015; (15):3-9.
33. Guerra LDS, Espinosa MM, Bezerra ACD, et al. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(2):335-348.
34. Huang J, Oshima KMM, Kim Yi. Does food insecurity affect parental characteristics and child behavior? Testing mediation effects. *The Social service review* 2010; 84(3):381-401.
35. Kaiser LL, Melgar-Quiñonez HR, Townsend MS, et al. Food insecurity and food supplies in Latino households with young children. *J Nutr Educ Behav* 2003; (35):148-153.
36. Rocha C, Burlandy L, Magalhães R. Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e

- desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 171-185.
37. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. Health and Human Rights I History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*. 2007; (370):449-455.
 38. Ayres JR, Paiva V, França-Jr I. Conceitos e práticas de prevenção: da História Natural da Doença ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde - Livro I: Da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
 39. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(12):4829-4839.
 40. Food and Agriculture Organization of the United. *O Direito Humano à Alimentação Adequada no Marco Estratégico Global para a Segurança Alimentar e Nutricional: consenso global*. [direito humano à alimentação adequada: consenso global]. Roma: FAO; 2014.
 41. Machado PP, Oliveira NRF, Mendes AN. O indigesto sistema do alimento mercadoria. *Saúde Soc*. 2016; 25(2):505-515.
 42. Esteve EV. *O negócio da comida: quem controla nossa alimentação*. São Paulo: Expressão popular; 2017.
 43. Lima RS, Ferreira Neto JÁ, Farias RCP. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. *Demetra*. 2015; 10(3):507-522.
 44. Declaração soberania Declaración final del foro mundial sobre soberanía alimentaria: Por el derecho de los pueblos a producir, a alimentarse y a ejercer su soberanía alimentaria [internet]. Havana: Cuba; 2001. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: https://base.socioeco.org/docs/doc-792_es.pdf.
 45. Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. *Cienc. Saúde Colet*. 2009; 14(3):851-860.
 46. Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: Uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev Nutr*. 2005; 18(4):439-457.
 47. Castro J. *Geografia da Fome*. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
 48. Coelho ETSP. *O perfil sanitário do Parlamento brasileiro: caminhos, interesse e conquistas da saúde nas Assembleias Nacionais Constituintes de 1946 e 1987-88* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2019.
 49. Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2007; 7(3):319-326.
 50. Machado M, Rocha DF, Campos MM. Dos movimentos sociais à implementação do Programa Fome Zero (1993-2013): a trajetória da cidadania alimentar no Brasil (20 anos da ação da cidadania e 10 anos do Programa Fome Zero). *Seg. Aliment. e Nutr*. 2015; 22(2):692-705.
 51. Martins APB, Monteiro CA. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):827.
 52. Segura-Pérez S, Grajeda R, Pérez-Escamilla R. Conditional cash transfer programs and the health and nutrition of Latin American children. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2016; 40(2):124-137.
 53. Singer A. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. In: Singer A, Loureiro I. *As contradições do Lulismo: a que ponto chegamos?* São Paulo: Boitempo; 2016. p. 21-54.
 54. Pinto EG. Novo regime fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis Rev de Saúde Coletiva*. 2016; 26(4):1097-1101.

55. Freitas MC, Penna PGL. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev. Nutr.* 2007; 20(1):69-81.
56. Food and Agriculture Organization of the United Nations. O Estado da SAN no Brasil: um retrato multidimensional. Relatório 2014. Brasília, DF: FAO; 2014.
57. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social: Est. Democ. Saúde.* 2020; 22(46):9-32.
58. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Paiva AB, Mesquita ACS, Jaccoud L, Passos L. O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 2016. (Nota Técnica nº 27).
59. Coutinho AON. Alimentação do brasileiro: “Uma visão histórica”. *Saúde debate.* 1988; 32-39.
60. Castro CM, Coimbra M. Problema alimentar no Brasil. São Paulo: Almed; 1985.
61. Burlandy L, Bodstein RC. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cad. Saúde Pública.* 1998; 14(3):543-554.

Recebido em 28/12/2019

Aprovado em 07/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde

Social (dis)engagement in liquid modernity: on social participation in health

Marcela Miwa¹, Carla Ventura¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012722

RESUMO A modernidade líquida é caracterizada, sobretudo, pela fluidez e pelo derretimento das limitações da liberdade individual de escolher e agir, diluindo a importância de padrões, códigos, regras e referências sociais, estimulando o desejo, especialmente o desejo do consumo, impulsionado pelo predomínio da individualidade em detrimento de valores coletivos. É nesse cenário, caracterizado principalmente pela fluidez, crescente individualização e conseqüente desengajamento, que se precisa pensar a possibilidade e a efetividade da participação social nas questões de saúde. O presente ensaio pretende identificar possíveis formas de participação social em saúde em nível local, isto é, nas unidades de Atenção Primária à Saúde, e analisá-las sob a ótica da modernidade líquida, estudada por Zygmunt Bauman, no intuito de melhor compreender a dinâmica do (des)engajamento social. A leitura da realidade macrosocial, pela ótica da modernidade líquida, demonstrou-se recurso enriquecedor para a compreensão de como a fluidez nas interações, das sociedades consideradas pós-modernas, pode influenciar no envolvimento das pessoas na participação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Participação social. Conselhos de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Liquid modernity is characterized, mainly, by its fluidity and the ‘melting’ of borders regarding the individual freedom to choose and act, diminishing the importance of patterns, codes, rules and social references, as well as stimulating the desire, especially for consumption, amplified by the predominance of individuality to the detriment of collective values. Thus, in this scenario, characterized by the fluidity and increasing individuality and disengagement, it is important to think about the possibility and effectiveness of social participation in health issues. This essay aims to identify possible paths for social participation in health at the local level, that is, Primary Health Care units, and analyze them based on the liquid modernity framework with the purpose of improving the understanding regarding the social (dis)engagement dynamics. The analysis of the macro social reality, in light of liquid modernity, proved to be a rich resource to understand how the fluidity in interactions of post-modern societies can influence the involvement of people in participation in health.*

KEYWORDS *Social participation. Health Councils. Primary Health Care.*

¹Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
marcelajmiwa@yahoo.com.br

Introdução

A participação social em saúde é considerada elemento importante para a prática democrática, atuando como estratégia para o combate às desigualdades sociais¹. Nessa perspectiva, a participação ativa em processos que moldam as vidas das pessoas é fundamental para o desenvolvimento humano², uma vez que interfere em situações de inclusão social, lutas contra injustiças e reconhecimento de direitos³.

Na área da saúde, as manifestações políticas por direitos podem ser caracterizadas, principalmente, de duas formas: a) *claimed participation*, relacionada com movimentos sociais e ações de protestos; e b) *invited participation*, identificada como formas institucionalizadas de participação, geralmente por meio de conselhos de saúde^{4,5}, que podem ser consultivos ou deliberativos. No caso brasileiro, nota-se a predominância dos conselhos deliberativos nos níveis federal, estadual ou municipal⁶. Já em alguns países da Europa, como, por exemplo, em Portugal, identificam-se conselhos de caráter mais consultivo^{7,8}.

No entanto, apesar da existência de canais de participação social em saúde e do reconhecimento da importância e da legitimidade do envolvimento dos cidadãos na condução da saúde pública, nem sempre o envolvimento e a participação dos cidadãos são efetivos⁴, talvez por uma falta de ‘cultura participativa’:

[...] entende-se que a construção de uma cultura participativa, que respeita a autonomia das pessoas e seus direitos demanda tempo, necessitando de um terreno propício para que as potencialidades possam florescer e se manifestar⁹⁽⁹⁰⁸⁾.

Entendemos que a construção dessa cultura participativa, além de tempo e terreno propício, necessita, fundamentalmente, de compromisso, por parte dos sujeitos, para que essa cultura possa persistir ao longo das gerações e das consciências. Contudo, como esperar comprometimento no contexto da ‘modernidade líquida’?

Ninguém ficaria surpreso ou intrigado pela evidente escassez de pessoas que se disporiam a ser revolucionários: do tipo de pessoas que articulam o desejo de mudar seus planos individuais como projeto para mudar a ordem da sociedade¹⁰⁽¹²⁾.

A modernidade líquida

A modernidade líquida é caracterizada, sobretudo, pela ‘fluidez’¹⁰. Segundo o sociólogo Zygmunt Bauman, o sólido possui dimensões claras e diminui a significação do tempo porque perdura ao longo da história. Em contrapartida, o líquido não se atém às formas, sofrendo mudanças quando submetido à pressão¹⁰, e, nesse contexto, o tempo adquire maior importância pela ideia de mobilidade e rapidez.

O capitalismo contemporâneo fomentou o ‘derretimento’ das limitações da liberdade individual de escolher e agir, diluindo a importância de padrões, códigos, regras e referências sociais, estimulando o desejo, especialmente o do consumo, impulsionado pelo predomínio da individualidade em detrimento de valores coletivos.

A desintegração da rede social, a derrocada das agências efetivas de ação coletiva, é recebida muitas vezes com grande ansiedade e lamentada como ‘efeito colateral’ não previsto da nova leveza e fluidez do poder cada vez mais móvel, escorregadio, evasivo e fugidio. Mas a desintegração social é tanto uma condição quanto um resultado da nova técnica de poder, que tem como ferramentas principais o desengajamento e a arte da fuga¹⁰⁽²¹⁻²⁾.

É nesse cenário, caracterizado principalmente pela fluidez, crescente individualização e conseqüente desengajamento¹⁰⁻¹², que precisamos pensar a possibilidade e a efetividade da participação social nas questões de saúde.

A participação política é considerada fluida e dinâmica¹³, entretanto, essa ‘fluidez’, somada

à ‘liquidez’ das sociedades consideradas pós-modernas, pode tornar a participação social demasiadamente diáfana para assegurar algum tipo de envolvimento ou compromisso em longo prazo.

Considerando que o direito à saúde é assegurado em âmbito local¹⁴, o presente ensaio pretende identificar possíveis formas de participação social em saúde em nível local, isto é, nas unidades de Atenção Primária à Saúde – uma vez que são consideradas instâncias mais próximas dos cidadãos e nas quais, teoricamente, as pessoas poderiam ter mais espaço para manifestarem suas demandas – e analisá-las sob a ótica da modernidade líquida, estudada por Zygmunt Bauman, no intuito de ampliar a discussão sobre o tema e trazer novos elementos para melhor compreender a dinâmica do (des)engajamento social.

Conselhos Locais de Saúde no Brasil – comunidades éticas em tempos líquidos

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são instâncias formais de participação social, geralmente associadas a unidades de Atenção Primária à Saúde¹⁵, e seguem os mesmos preceitos dos demais conselhos de saúde, que são: avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde, com a característica de serem “mais porosos às demandas comunitárias”¹⁶⁽⁶⁸⁰⁾. No entanto, sua existência não é prevista pela Lei nº 8.142⁶, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A Resolução nº 453, de 2012¹⁷, que visou reestruturar e reformular o funcionamento dos conselhos, citou os CLS, entretanto, não estabeleceu regras sobre sua organização e formas de operacionalização. Sua instituição e legislação ficaram a cargo dos próprios municípios¹⁸, fato que pode acarretar descompassos na experiência da participação de uma localidade para outra.

Por se tratar de um espaço formal de participação social, que visa ao bem público em

saúde, pela perspectiva da modernidade líquida, podemos entender os CLS nos moldes das comunidades éticas, caracterizadas pelo compromisso social e planejamento em longo prazo:

A comunidade que procuram seria uma comunidade ‘ética’ [...] Teria que ser tecida de compromissos de longo prazo, de direitos inalienáveis e obrigações inabaláveis [...] E os compromissos que tornariam ética a comunidade seriam do tipo do ‘compartilhamento fraterno’, reafirmando o direito de todos a um seguro comunitário contra os erros e desventuras que são os riscos inseparáveis da vida individual¹¹⁽⁶⁸⁾.

“Certeza, segurança e proteção”¹¹⁽⁶⁸⁾ deveriam ser estímulos para uma maior participação social nos CLS, contudo, mesmo tendo sua existência garantida por lei ou decreto municipal, nem sempre os CLS conseguem ser eficazes. Primeiro, porque nem todas as unidades de saúde apresentam CLS, pois dependem da iniciativa dos gestores e profissionais da unidade em conjunto com a comunidade local. Lembrando que uma das tendências do poder, na modernidade líquida, é o ‘desengajamento’ e a ‘arte da fuga’¹⁰, não é de se estranhar certa displícência das autoridades competentes (locais, regionais, estaduais e federais) em solidificar a participação social nas instâncias mais próximas e acessíveis aos cidadãos. Segundo que, somado à postura, por vezes, evasiva ante a responsabilidade (que exige presença e engajamento), os CLS deparam-se com outros obstáculos: a carência de uma cultura participativa e a imprecisão sobre as funções inerentes aos CLS.

Mesmo que já estejam instituídos, o desconhecimento sobre as atribuições e responsabilidades desses conselhos pode atravancar sua atuação e a participação social em seu espaço interno. Diversos estudos debruçaram-se sobre as dificuldades de atuação enfrentadas pelos membros de CLS, identificando, por exemplo, falta de conhecimentos sobre as competências do CLS^{16,19}; baixa confiança e receptividade

entre profissionais de saúde e usuários²⁰; assim como comportamento individualista e imediatista^{15,21} de alguns membros.

Este último fator, comportamento individualista e imediatista, seria apenas mais um reflexo do comportamento na sociedade líquida geral, marcada pela prevalência de interesses individuais voltados ao atendimento dos desejos e consumo, em que a velocidade das respostas às demandas é que confere maior 'positividade' às relações.

Outro fator que pode dificultar a participação social nos CLS e, conseqüentemente, prejudicar seu desempenho é a comunicação²². O uso de termos técnicos ou mesmo de uma 'linguagem codificada'²³ pode desestimular o envolvimento dos usuários nas reuniões e ações dos CLS, acentuando a falta de identidade com as questões discutidas e agravando o desengajamento. Somada a isso, a potencial falta de organização, ou informalidade^{24,25}, também pode obstaculizar o poder de influência desses conselhos, uma vez que torna as relações fluidas demais, desestimulando o comprometimento em longo prazo.

Embora muitos estudiosos reconheçam o potencial dos CLS como espaços privilegiados para o exercício da democracia participativa^{16,26,27}, essa relação intrincada, entre usuários e CLS, impacta no próprio reconhecimento dos CLS como espaços para apresentação de demandas e resolubilidade. A população muitas vezes ignora a existência do CLS na unidade que frequenta^{16,19,20}, relegando-o a um espaço de certa invisibilidade⁴, tornando-o pouco atraente à participação popular.

Formas 'não convencionais' de participação – a emergência de comunidades estéticas

Em contraposição às comunidades éticas, que buscam compromissos em longo prazo, existem as 'comunidades estéticas',

caracterizadas pela espontaneidade e fugacidade dos vínculos sociais.

Qualquer que seja o foco, a característica comum das comunidades estéticas é a natureza superficial, perfunctória e transitória dos laços que surgem entre seus participantes. Os laços são descartáveis e pouco duradouros [...]. Uma coisa que a comunidade estética definitivamente não faz é tecer entre seus membros uma rede de 'responsabilidades éticas' e, portanto, de 'compromissos a longo prazo'. [...] os laços das comunidades estéticas devem ser 'experimentados', e experimentados no ato – não levados para casa e consumidos na rotina diária¹¹⁽⁶⁷⁻⁸⁾.

Essa 'fluidez' das comunidades estéticas parece ser uma das principais marcas de outra importante forma de participação social em saúde: as ações de protesto.

As ações de protesto podem insurgir em quaisquer níveis dos serviços de saúde, desde o fechamento de maternidades até os serviços de atenção primária, e emergem "enquanto manifestações 'momentâneas' e 'espontâneas' de oposição ou de descontentamento social"²⁸⁽³⁾ de atores coletivos. Mesmo que essas ações não garantam resultados estáveis nas políticas públicas, possuem o mérito de publicizar necessidades e discordâncias das populações afetadas pelas políticas em saúde⁷.

Dentro da lógica da modernidade líquida, as ações de protesto aparentam ser mais eficazes que mecanismos formais de participação, como os CLS, por serem rápidas, centradas em uma causa específica e por mobilizarem, agilmente, considerável número de pessoas. Todavia, assim que as reivindicações são atendidas, a força das ações de protesto se dissolve, deixando uma lacuna no engajamento em longo prazo, e prejudicando, de certa forma, o aprimoramento de uma cultura participativa.

Essa efemeridade das ações de protesto faz com que as associemos muito mais à identificação individual a uma causa específica do que a uma identidade, enquanto grupo social, capaz de estabelecer vínculos e compromissos coletivos.

Outra forma de participação em saúde, que, por vezes, acompanha as ações de protesto são as petições ou abaixo-assinados que, assim como os protestos, perdem sua força de engajamento no momento em que suas solicitações são satisfeitas.

Em Portugal, por exemplo, são também reconhecidas outras duas modalidades não convencionais de participação social em saúde, por ora não muito exploradas por estudos realizados no Brasil: as Ligas de Amigos e as Associações de Doentes.

As Ligas de Amigos tiveram início em 1988. Conforme a Revista do Município de Vila Nova de Gaia²⁹⁽¹¹⁾, a primeira Liga de Amigos de um Centro de Saúde surgiu por iniciativa do médico Miguel Paulo Barrosa Pinto de Miranda, como uma instituição sem fins lucrativos, voltada ao apoio de idosos e isolados em domicílio. As Ligas de Amigos caracterizam-se pelo voluntariado, prestação de serviços assistenciais e de apoio aos usuários dos serviços de saúde, inclusive nas unidades de atenção primária.

Em livro comemorativo dos 20 anos da Liga dos Amigos do Hospital de Ponta Delgada³⁰, nota-se que, em muitos dos depoimentos dos membros dessa Liga, há a correlação entre voluntariado e princípios religiosos, como fraternidade, benevolência e gratidão. Nesse sentido, não é possível estabelecer uma associação direta entre Liga de Amigos e movimento social organizado, uma vez que o foco não é exercer pressão para mudança²⁸.

Entretanto, devido à proximidade entre os usuários dos serviços e os voluntários das Ligas, é admissível identificar, nessa relação, um potencial dessas Ligas para o *advocacy*³¹, não apenas como representantes dos interesses dos usuários, mas também como estimuladoras do envolvimento dos próprios usuários na defesa de seus direitos em saúde. De acordo com Vieira e Silva³²⁽¹⁷⁹⁾,

[...] o problema da representação enquanto ‘*advocacy*’ é que, quando desligada de uma exigência de interlocução e desenvolvimento

de capacidades agenciais nos representados, pode facilmente desaguar no paternalismo ou na mera caridade.

Essa atuação mais próxima aos usuários aliada ao potencial de *advocacy* talvez sejam os elementos necessários para vislumbrarmos a transformação de comunidades estéticas para comunidades éticas, em que o envolvimento dos próprios usuários, na defesa de seus direitos, propicie maior consciência da importância do engajamento em longo prazo. Os CLS deveriam apresentar o mesmo potencial, porém, como mencionado acima, os conselhos enfrentam diversas dificuldades para se tornarem acessíveis aos cidadãos.

Considerando ainda a ideia de *advocacy*, outro grupo reconhecido pela luta em defesa dos interesses de parcelas específicas da população, capaz ainda de estimular o engajamento de seus representados, são as Associações de Doentes, que, consoante Matos e Serapioni⁷⁽⁵⁾, desempenham “um papel extremamente relevante na representação e na defesa dos pacientes”. Contudo, essas Associações apresentam uma atuação mais voltada à doença e a aspectos ligados ao diagnóstico, à terapia, ao tratamento, à pesquisa etc., restringindo a expressão da identidade coletiva apenas aos aspectos da doença, não estimulando vínculos e compromissos éticos que extrapolem a pauta patológica.

Em uma sociedade em que o desengajamento é atributo recorrente, focar apenas determinada enfermidade pode reduzir o interesse social daqueles que não são afetados pelo problema. Segundo Bauman¹⁰⁽⁸³⁾, “os problemas privados não se tornam questões públicas pelo fato de serem ventilados em público”.

Nessa perspectiva, é importante advertir que este ensaio não questiona a legitimidade dessas formas de participação social (CLS, ações de protesto, Ligas de Amigos, Associações de Doentes), uma vez que seu intuito é refletir como essas formas de participação podem estimular ou facilitar o (des)engajamento social na luta por direitos em saúde, considerando-se o contexto da modernidade líquida.

Participação em saúde como ‘tomar parte’ – a sociedade individualizada

Reconhece-se ainda uma forma mais sutil de participação social em saúde, denominada ‘tomar parte’, que, em linhas gerais, entende que durante o encontro clínico, entre usuário e profissional de saúde/conhecimento biomédico, a interação permite a reconfiguração da relação entre saber científico e a experiência e saberes sobre saúde do sujeito/usuário, negociando a autoridade e a força do conhecimento médico³³.

Nesse sentido, percebe-se que esse ‘tomar parte’ repousa sobre a premissa da correlação de forças entre os envolvidos, na dinâmica de uma microfísica do poder³⁴ durante o encontro clínico. Trata-se de uma dimensão pouco visível que, no entanto, deve ser reconhecida como elemento significativo para a manifestação de demandas e exercício da democracia deliberativa, diminuindo, de certa forma, distâncias epistemológicas.

O que chama atenção nessa forma de participação é que ela se sustenta, predominantemente, no posicionamento de representantes individuais de forças: usuário x conhecimento médico, ou usuário x sistema de saúde. Assim sendo, não há envolvimento direto ou explícito de uma coletividade, mas ações pontuais de resistência e pressão aos meios convencionais de saúde. “Tanto as condições como as narrativas sofrem um implacável processo de ‘individualização’”¹²⁽¹³⁾, e por serem vistas como questões meramente privadas, essas demandas em saúde correm o risco de não ganharem a devida atenção social, dificultando a luta por direitos.

Participação em saúde – ética do social

No que diz respeito às formas de participação estudadas, a falta de engajamento ou

compromisso, na participação em saúde, reflete a fluidez das interações na modernidade líquida baumaniana. Os sujeitos reúnem-se em torno de um interesse comum, momentaneamente, contudo, parecem não criar vínculos duradouros com a causa que defendem ou com os espaços que ocupam. A compreensão dessa dinâmica fluida pode contribuir para um melhor entendimento do que os teóricos intitulam como ‘desafios da participação’ em saúde^{7,22,35}, tão recorrentes nos estudos sobre o tema, assim como, repensar o próprio conceito de participação e as novas formas de fazer política.

Cientes das peculiaridades da modernidade líquida, desponta-se a questão: se se vive em uma sociedade regulada pela fluidez e individualidade, por que as pessoas deveriam se preocupar com assuntos coletivos? Talvez porque, ao se considerar a presença e as necessidades do ‘outro’, preserva-se a dimensão ética que sustenta a vida social.

Em conformidade com Bauman¹²⁽⁹⁶⁾:

Quando Deus perguntou a Caim onde estava Abel, Caim replicou, zangado, com outra pergunta: ‘Sou por acaso o guardião do meu irmão?’ O maior filósofo ético do nosso século Emmanuel Levinas comentou que dessa pergunta zangada de Caim começou toda a imoralidade. É claro que sou o guardião de meu irmão; e sou e permaneço uma pessoa moral enquanto não pergunto por uma razão especial para sê-lo. Quer eu admita, quer não, sou o guardião do meu irmão porque o bem-estar do meu irmão ‘depende’ do que eu faço ou do que me abstenho de fazer. E sou uma pessoa moral porque reconheço essa dependência e aceito a responsabilidade que ela implica. [...] A dependência de meu irmão é o que me faz um ser ético. A dependência e a ética estão juntas, e juntas elas caem.

Nesse ponto de vista, a participação social e a construção de uma cultura participativa no âmbito da saúde, além de serem uma luta por direitos, configuram-se como um imperativo

ético do social pela segurança e proteção diante da insegurança e vulnerabilidade gerados pela modernidade líquida.

Considerações finais

Este estudo, mais do que versar sobre as peculiaridades das formas participação social em saúde na Atenção Primária à Saúde, teve o intuito de enriquecer a discussão sobre o próprio conceito de participação social em saúde em tempos de inconstância e crescente individualização na modernidade líquida.

A leitura da realidade macrossocial, pela ótica da modernidade líquida, demonstrou-se recurso enriquecedor para a

compreensão dos mecanismos da participação social, especialmente, no que diz respeito ao engajamento dos sujeitos. A fluidez nas interações, nas sociedades consideradas pós-modernas, é um fator que deve ser relevado na análise do envolvimento das pessoas na participação em saúde, mesmo que, no caso, esteja se debruçando sobre realidades demasiadamente locais, como a participação social na Atenção Primária à Saúde.

Colaboradoras

Miwa M (0000-0001-5809-3068)* e Ventura C (0000-0003-0379-913X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques [internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2016 out 28]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf.
2. United Nations Development Programme. Human development report 2016: human development for everyone [internet] New York: UNDP; 2016 [acesso em 2019 jun 20]. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_EN_Overview_Web.pdf.
3. Gohn MG. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. Cad. CRH. [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 21]; 32(85):63-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v32n85/0103-4979-ccrh-32-85-0063.pdf>.
4. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos Conselhos Locais de Saúde. Saúde Soc. [internet]. 2017 [acesso em 2017 jun 27]; 26(2):411-423. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00411.pdf>.
5. Cornwall A, Schattan V, Coelho P. Spaces for Change? The Politics of Citizen Participation in New Democratic Arenas [internet]. London: Zed Book; 2007 [acesso em 2016 out 28]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/260388966_Spaces_for_Change_The_Politics_of_Citizen_Participation_in_New_Democratic_Arenas.
6. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- saúde. Diário Oficial da União [internet]. 29 Dez 1990 [acesso em 2016 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
7. Matos AR, Serapioni M. O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do Sul da Europa: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública* (Online). [internet]. 2017 [acesso em 2017 jul 17]; 33(1):1-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00066716.pdf>.
 8. Serapioni M, Matos AR. *Saúde, Participação e Cidadania: experiências do Sul da Europa*. Coimbra: Edições Almedina; 2014. 250 p.
 9. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface* (Botucatu, Online). [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 20]; 21(63):907-920. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220150941.pdf>.
 10. Bauman Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. 280 p.
 11. Bauman Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. 144 p.
 12. Bauman Z. *A Sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008. 324 p.
 13. Escorel S, Arouca LE. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 18]; 40(esp):39-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0039.pdf>.
 14. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev. saúde pública* (Online). [internet]. 1988 [acesso em 2017 fev 18]; 22(1):57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>.
 15. Bispo Jr. JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* (Rio J.). [internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 19]; 22(4):1313-1332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a04v22n4.pdf>.
 16. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab. educ. saúde*. [internet]. 2016 [acesso em 2016 out 20]; 14(3):679-698. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1981-7746-tes-1981-7746-sol00013.pdf>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. 11 Maio 2012 [acesso em 2016 jul 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html.
 18. Nogueira FCP, Lima LHO, Wolfovitch RGS, et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. *Rev. baiana saúde pública*. 2008; 32(1):104-110.
 19. Busana JA, Heidemann TSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto & contexto enferm*. 2015; 24(2):442-449.
 20. Domitrovic N, Araújo MD, Quintanilha BC. O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde. *Psicol. teor. prat.* [internet]. 2013 [acesso em 2016 out 21]; 15(1):81-91. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/07.pdf>.
 21. Mielke FB, Cossetin A, Olschowsky A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Texto & contexto enferm*. [internet]. 2012 [acesso em 2016 out 21]; 21(2):387-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a17v21n2.pdf>.
 22. Cruz PJSC, Vieira SCR, Massa NM, et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conse-

- lho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde Soc.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 out 20]; 21(4):1087-1100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>.
23. Craco PF, Almeida MCP. A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2004 [acesso em 2016 out 20]; 57(2):188-192. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a11v57n2.pdf>.
 24. Oliveira AMC, Dallari SR. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis (Rio J.)*. [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 21]; 25(4):1059-1078. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01059.pdf>.
 25. Lopes MLS, Almeida MJ. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. *Saúde debate.* 2001; 25(59):16-28.
 26. Coelho VS, Ferraz A, Fanti F, et al. Mobilização e participação: um jogo de soma zero? Um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. *Novos estud.* [internet]. 2010 [acesso em 2016 out 21]; 86:121-139. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a07.pdf>.
 27. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais da Atenção Básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev. APS.* [internet]. 2010 [acesso em 2016 out 21]; 13(4):396-405. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14395>.
 28. Matos AR. Democracia, participação cidadã e políticas públicas: uma avaliação a partir das ações de protesto. *Configurações.* [internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 15]; 10:1-13. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/1382>.
 29. Revista do Município de Vila Nova de Gaia. [internet]. 2016 [acesso em 2021 jan 22]; 2:3-11. Disponível em: https://issuu.com/cmgaia/docs/revista_cmgaia_04_2016/11.
 30. Liga dos Amigos do Hospital de Ponta Delgada. 20 anos de interajuda. Ribeira Grande: Coingra; 2006. 271 p.
 31. Urbinati N. Representation as advocacy – a study of Democratic Deliberation. *PT.* 2000; 28(6):758-786.
 32. Vieira MB, Silva FC. Democracia deliberativa hoje: desafios e perspectivas. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* [internet]. 2013 [acesso em 2017 mar 21]; 10:151-194. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n10/05.pdf>.
 33. Nunes JA, Ferreira P, Queirós F. Taking part: engaging knowledge on health in clinical encounters. *Soc. sci. med.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 abr 15]; 123:194-201. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614004468>.
 34. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1990. 432 p.
 35. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 abr 15]; 19(12):4829-4839. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04829.pdf>.

Recebido em 08/01/2020
Aprovado em 07/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental

Health Technology Assessment and private health insurance in Brazil: a scope review and document analysis

Raquel Lisboa¹, Rosângela Caetano¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012723

RESUMO A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) respalda políticas públicas na gestão de tecnologias em diversos países. No Brasil, a institucionalização da ATS se iniciou em 2000, no Ministério da Saúde, e contou com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo, o sistema público e a saúde suplementar trilharam diferentes caminhos. Processos distintos de ATS podem gerar retrabalho, ineficiência e aumentar as inequidades entre o público e o privado. O objetivo desta pesquisa foi identificar a dualidade entre o público e o privado relativa aos modelos de ATS implantados no País. Realizou-se uma revisão de escopo da literatura no período de 2000 a 2019 nas bases de dados Medline, Scopus, Web of Science e Lilacs. Também se realizou análise de documentos da ANS relativos ao processo de ATS na saúde suplementar. A revisão da literatura constatou a escassez de artigos sobre o tema, enquanto a análise documental permitiu traçar uma linha do tempo com os principais marcos referentes ao processo de ATS da Agência. Concluiu-se que a coordenação nacional de um modelo de ATS é desejada, visando a aumentar a transparência das instituições, a maior credibilidade das suas decisões, maior eficiência do processo e proporcionar maior equidade.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação da tecnologia biomédica. Política pública. Saúde suplementar. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Health Technology Assessment (HTA) supports public policies on technology management in several countries. In Brazil, the institutionalization of HTA began in 2000 at the Ministry of Health, and had the participation of the National Regulatory Agency for Private Health Insurance (ANS). However, the public and the private systems have taken different paths. Different HTA processes can generate rework, inefficiency and increase inequities between the public and the private sectors. The objective of this research was to identify the duality between those two sectors regarding the current models of HTA implemented in the country. A scoping review of the literature was carried out from 2000 to 2019, in the Medline, Scopus, Web of Science and Lilacs databases. ANS documents were also analyzed, relating to the HTA process in private health insurance sector. The literature review found a shortage of articles on the topic, while the document analysis allowed to draw a timeline with the main milestones related to the Agency's HTA process. It was concluded that the national coordination of an HTA model is desired, aiming at increasing the transparency of the institutions, the greater credibility of their decisions, greater efficiency of the process, and providing greater equity.*

KEYWORDS *Technology assessment, biomedical. Public policy. Supplemental health. Unified Health System.*

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
raquemedlisboa@gmail.com



Introdução

O sistema de saúde brasileiro foi definido pela Constituição Federal de 1988 como único e universal¹. Apesar da opção constitucional por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e público, existia previamente no País um setor privado expressivo². Esse setor, constituído, em grande medida, por prestadores de serviços hospitalares privados e por planos e seguros privados de saúde, permaneceu constitucionalmente livre para atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O legado do antigo sistema, associado a fatores políticos e econômicos, favoreceu a configuração de um sistema de saúde caracterizado por uma complexa relação entre os setores público e privado. Essa relação vai se refletir no acesso aos serviços de saúde, na composição de redes assistenciais, no financiamento do setor e na implementação de políticas públicas².

No âmbito do setor privado, destacam-se os planos e seguros de saúde, que, em junho de 2019 cobriam mais de vinte por cento da população brasileira³. Para regular esse setor, foi criada por lei, no ano 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de regulação, normatização e fiscalização das atividades das operadoras de planos privados de saúde⁴.

Entre as competências legais da ANS, cabe garantir a cobertura assistencial adequada e de qualidade aos usuários de planos de saúde. Nessa perspectiva, se insere a obrigação da Agência de elaborar e atualizar periodicamente um rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória por parte das operadoras que atuam no País⁴.

É justamente no processo de atualização periódica do 'rol' que ocorre a incorporação ou exclusão de tecnologias no setor saúde suplementar. Apesar de a lei não ter estabelecido critérios nem metodologia para a ANS cumprir tal obrigação, a Avaliação de Tecnologias em

Saúde (ATS) vem sendo utilizada como ferramenta para auxiliar a tomada de decisão nesse processo, conforme divulgado pela Agência⁵.

Desde seus primórdios, a ATS tem respaldo político público no campo da gestão de tecnologias em diversos países. Para a International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (Ispor), a ATS é

uma forma de pesquisa política que examina as consequências de curto e longo prazo da aplicação de uma tecnologia de assistência médica. As propriedades avaliadas incluem evidências de segurança, eficácia, resultados relatados pelos pacientes, efetividade no mundo real, custo e custo-efetividade, bem como impactos sociais, legais, éticos e políticos⁶⁽¹⁾.

Destaca-se nessa definição a orientação política da ATS, que, diferentemente da pesquisa relacionada à saúde, objetiva produzir e comunicar informações amplas com base em evidências científicas que ofereçam subsídios à formulação de políticas⁷. Permite aos gestores e formuladores de políticas, embasar suas decisões de forma mais segura e eficaz, buscando alcançar o melhor valor para o paciente e a sociedade, considerando benefícios, riscos e custos⁸.

É notório que os sistemas de saúde, de modo geral, vêm enfrentando restrições que desafiam sua sustentabilidade, especialmente devido aos custos crescentes e recursos finitos. Em parte, esses desafios se devem ao processo de envelhecimento populacional e à transição epidemiológica, que aumentaram sobremaneira os gastos com assistência médica. Além disso, o acelerado processo de inovação tecnológica e o impacto elevado e crescente das novas tecnologias nos gastos em saúde vêm sendo responsabilizadas como os principais motivos para o proeminente interesse na ATS⁹.

Nas últimas décadas, a ATS tornou-se um tema imprescindível na organização dos sistemas de saúde nas diversas partes do mundo. Tanto os países com sistemas nacionais, financiados e administrados pelo Estado, como

aqueles de orientação mais liberal, com predominância da assistência privada, em alguma medida, utilizam a ATS para embasar as suas decisões relativas à incorporação, pagamento ou reembolso ou financiamento de novas tecnologias no sistema¹⁰.

Seguindo essa tendência, desde meados da década de 1980¹¹, esse tema vem sendo discutido no Brasil, em particular no meio acadêmico. Entretanto, foi apenas nos anos 2000 que a institucionalização das ações de ATS teve início, a partir da criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde (MS)¹².

Com a publicação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, a ATS passou oficialmente a ser considerada instrumento de contribuição para o aprimoramento da capacidade regulatória do Estado¹³. A partir dessa Política, se organizou uma comissão com a finalidade de estruturar o fluxo para as demandas de incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias no SUS, que originou a Comissão de Incorporação de Tecnologias (Citec) do MS em 2006¹⁴. Além dessa, outra comissão foi formada para a elaboração de proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), publicada em 2009.

A PNGTS abrange os princípios e as diretrizes gerais de atuação de todos os atores envolvidos na institucionalização da avaliação e gestão de tecnologias em saúde no Brasil¹⁴. Além de traçar as diretrizes da ATS para o sistema público, tem como parte de seus objetivos orientar os gestores da saúde suplementar nos processos de incorporação de tecnologias no setor¹⁴.

É possível verificar, com base em documentos e informativos do MS, que a ANS integrou os fóruns de discussões das políticas e ações em ATS no País, desde os seus primórdios¹⁵. Além disso, a Agência participou e ainda participa dos colegiados responsáveis pelas análises e recomendações das incorporações de tecnologias no SUS, desde a Citec até a sua substituição pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), criada por Lei em 2011^{16,17}.

Apesar da participação da ANS nas ações do MS referentes à implantação dessa política no País, nota-se que a utilização da ATS como ferramenta para tomada de decisão no processo de incorporação, alteração e exclusão de tecnologias seguiu por diferentes caminhos no SUS e no setor saúde suplementar.

Diversas publicações científicas nacionais têm abordado a temática da ATS no SUS, a maioria descrevendo sua trajetória até a criação e a implantação da Conitec ou examinando os processos de avaliação e as recomendações dessa Comissão¹⁸⁻²⁰. No entanto, no que tange à ATS na saúde suplementar, as produções científicas são escassas e frequentemente focadas no exame de tecnologias específicas^{21,22}. Estudos de revisão da literatura que permitam um mapeamento do conhecimento sobre essa temática não foram encontrados.

Nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo mapear a implantação da ATS no Brasil a partir de 2000 – ano de criação do Decit/MS e da ANS –, explorando como ela vem ocorrendo no âmbito da saúde suplementar e identificando a dualidade existente entre os setores público e privado. Um melhor conhecimento desse processo e seus desafios pode auxiliar a formulação das futuras políticas públicas voltadas para a incorporação de tecnologias em saúde no País de forma mais eficiente e equânime.

Material e métodos

O estudo foi delineado utilizando dois métodos complementares. O primeiro compreendeu uma revisão de escopo da literatura; o outro consistiu em uma análise de documentos oficiais da ANS relativos ao processo de avaliação de tecnologias no setor saúde suplementar.

A opção pelo emprego da revisão de escopo repousa no fato de ser útil para

mapear rapidamente os principais conceitos-chave que sustentam uma pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis,

e podem ser realizadas quando uma área é complexa ou não foi revisada antes²³⁽¹²⁹²⁾.

Representam uma forma de síntese de conhecimento, que incorpora diversos desenhos de estudos para sistematizar evidências com o objetivo de informar práticas, programas e políticas e fornecer orientações para futuras prioridades de pesquisa²⁴. Fundamentalmente, se diferenciam das revisões sistemáticas por responderem a questões de pesquisa mais amplas, aceitarem diferentes desenhos de estudos e não realizarem, de forma sistemática, avaliações da qualidade dos estudos²⁴.

Sua elaboração e execução se baseou na proposta metodológica do Joanna Briggs Institute (JBI), que contempla as seguintes fases: definição da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento dos dados; e agrupamento, síntese e relato dos resultados²⁵.

Para a construção da questão norteadora da pesquisa, aplicou-se a estratégia PCC, uma mnemônica para População, Conceito e Contexto²⁵, definindo: P – saúde suplementar; C – implementação da ATS; C – sistema de saúde brasileiro. Como resultado, a questão norteadora definida para a busca e seleção dos estudos foi: ‘Como ocorreu a implantação das políticas de ATS no setor da saúde suplementar no Brasil?’.

Adicionalmente, visando ampliar e tornar mais sensíveis os resultados das buscas, considerados como sendo muito restritos quando limitados à saúde suplementar brasileira, também se questionou: ‘Como ocorreu a implantação das políticas de ATS no âmbito

do SUS?’ ou ‘Como ocorreu a implantação das políticas de ATS no âmbito dos seguros privados de saúde, no caso da literatura internacional?’.

A busca bibliográfica, desenhada com auxílio de uma bibliotecária profissional, foi realizada nas bases de dados Medline (via PubMed), Lilacs (via BVS), Web of Science e Scopus. O período examinado foi de janeiro/2000 até outubro/2019, quando se finalizou o processo de busca. Importante destacar que o ano 2000 foi escolhido como marco inicial para a busca da literatura por se tratar do ano de criação tanto do Decit/MS como da ANS, considerando que ambos representam os órgãos de institucionalização da ATS no SUS e na saúde suplementar, respectivamente.

Utilizaram-se os seguintes descritores em inglês, adotados segundo o MeSH (Medical Subject Headings), dicionário de termos controlado pelo National Library of Medicine estadunidense para indexar artigos no PubMed, ou os seus sinônimos: *Technology Assessment*, *Biomedical*, *Insurance*, *Health*; e os termos livres relacionados, combinados a *Brazil/Brazil**, ‘SUS’ e ‘*Unified Health System*’ com o uso dos operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*. Em português, a pesquisa teve por base os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou seus sinônimos, sendo utilizados: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Saúde Suplementar; Agência Nacional de Saúde Suplementar; e Sistema Único de Saúde.

As estratégias de busca utilizadas em cada base de dados estão apresentadas no *quadro 1*, com seus respectivos resultados.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas na revisão de escopo, por base de dados, e resultado, na data final (outubro de 2019)

Base	Data Final *	Estratégia de Busca**	Resultado
Medline (via Pubmed)	31/10/2019	(((((health technology assessment[Title/Abstract]) OR health technology assessment[MeSH Terms]) OR health assessment[Title/Abstract]) OR health assessment[MeSH Terms]) OR Technology Assessment, Biomedical[Title/Abstract]) OR Technology Assessment, Biomedical[MeSH Terms])) OR (insurance health[Title/Abstract]) AND ((Brasil OR Brazil))	286
Lilacs (via BVS)	31/10/2019	Filters: Humans, from 2000 - 2019 tw:(("Avaliação de tecnologias em saúde" OR "Avaliação de tecnologias biomédicas" OR "Tecnologia em saúde" OR "Incorporação de tecnologias" OR "tecnologia biomedica") AND ("saúde suplementar" OR "agencia nacional de suplementar" OR "seguros privados de saúde" OR "Sistema único de saúde" OR sus)) AND (db:(("LILACS") AND year_cluster:(("2000" OR "2001" OR "2002" OR "2003" OR "2004" OR "2005" OR "2006" OR "2007" OR "2008" OR "2009" OR "2010" OR "2011" OR "2012" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018" OR "2019"))	45
Web of Science	31/10/2019	TI= ("health technology assessment" OR "health assessment" OR "Technology Assessment, Biomedical") AND TS=("health insurance Insurance" OR "health private" OR "health insurance" OR SUS OR "Unified health system" OR Brasil* OR Brazil*)	90
Scopus	31/10/2019	(TITLE ("health technology assessment" OR "health assessment" OR "Technology Assessment, Biomedical") AND TITLE-ABS-KEY ("health insurance Insurance" OR "health private" OR "health insurance" OR SUS OR "Unified health system" OR brasil* OR brazil*))	178
Total	31/10/2019		599

Fonte: Elaboração própria.

*As buscas foram realizadas no período de 30 de setembro a 31 de outubro de 2019.

**As estratégias foram elaboradas com o auxílio de uma bibliotecária profissional da Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

De forma complementar, foi realizada busca de referências cruzadas a partir de todos os textos relevantes identificados, de forma a minimizar eventuais perdas.

A seleção dos estudos foi realizada por um pesquisador, com apreciação e discussão com o segundo autor em todas as situações de dúvida. Realizou-se em duas fases, primeiro examinando sequencialmente títulos e resumos e, depois, procedendo à leitura do texto completo, para aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

De acordo com os critérios de inclusão, foram aceitos estudos de qualquer desenho, abordando a temática relacionada às políticas de ATS no Brasil, envolvendo a ANS, o setor da saúde suplementar ou seguros

privados de saúde ou o SUS. Apenas estudos nos idiomas inglês, espanhol e português foram incluídos.

Excluíram-se estudos sobre a avaliação de tecnologias específicas, que abordassem apenas questões metodológicas ou avaliações econômicas, que não se referissem à ATS no contexto brasileiro ou da saúde suplementar ou dos seguros privados de saúde.

Os estudos selecionados foram organizados em formulário eletrônico construído em planilha do *software* Excel®, também utilizado para extrair os dados relevantes. As seguintes informações foram extraídas: autor, ano de publicação, título, origem do estudo, objetivos, metodologia, resultados e principais achados.

A origem do estudo na descrição dos resultados foi classificada como ‘nacional’, quando se referisse somente ao contexto brasileiro, e ‘internacional’, quando abrangesse exclusivamente o setor de seguros privados de outros países ou quando se tratasse da avaliação da ATS em outras realidades, desde que o Brasil estivesse dentre elas.

Os resultados foram relatados de forma descritiva, com a utilização de tabelas para sintetizar os dados dos estudos. A análise dos principais achados foi, posteriormente, correlacionada com dados da literatura nacional e internacional sobre a implantação de políticas da ATS.

O segundo caminho metodológico empreendido relacionou-se à busca, síntese e análise descritiva dos documentos oficiais disponíveis no sítio eletrônico da ANS. Os documentos analisados abarcaram o processo de elaboração, atualização e revisão periódica do rol de procedimentos de cobertura obrigatória, por se tratar do processo de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias do setor.

Para tanto, foram selecionados os seguintes documentos: as duas leis que regem o setor, as RN e da diretoria colegiada, além de relatórios e notas técnicas sobre o tema.

Visando complementar a análise documental, foram incluídas informações disponíveis em atas de reuniões e apresentações dos grupos técnicos vinculados ao rol de procedimentos da ANS, e do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), instituído pela Agência para tratar de temas da regulação assistencial²⁶.

Os resultados dessa análise foram relatados de forma descritiva, com o objetivo de traçar uma linha evolutiva do processo de atualização e revisão periódica do rol de procedimentos ao longo do tempo, iniciando no marco regulatório do setor, a Lei nº 9.656 de 1998²⁷, e contemplando o último normativo publicado sobre o tema até dezembro de 2019.

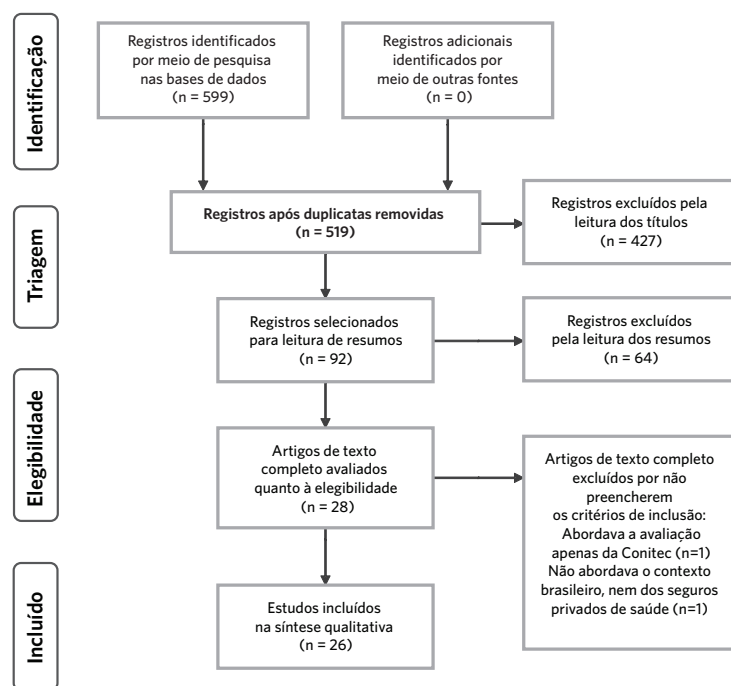
Todos os documentos utilizados na análise documental estão disponíveis para acesso público e livre no sítio eletrônico da ANS. Portanto, a pesquisa dispensou a apreciação por parte de Comitê de Ética, posto que utilizou apenas dados secundários de literatura e de sítios de acesso livre na internet.

Resultados

Revisão de escopo da literatura

As buscas nas bases de dados eletrônicas retornaram 599 registros. Após remoção das duplicatas, restaram 519 registros para a triagem de título e, posteriormente, resumo. Com a leitura dos títulos, foram excluídos 427 registros, restando 92 artigos submetidos à triagem dos resumos. O texto completo de 28 artigos foi avaliado e 26 foram incluídos no conjunto final de dados. As referências cruzadas avaliadas não se mostraram elegíveis para inclusão. Cabe ainda destacar que nenhuma referência foi identificada em idiomas diversos dos definidos como critério de inclusão na revisão (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos



Fonte: Modelo adaptado do Fluxograma Prisma 2009.

Apesar de as buscas nas bases de dados terem incluído referências a partir do ano 2000, os estudos selecionados foram todos publicados no período de 2004 a 2019, com mais de 90% das referências publicadas a partir de 2009 (N=24). Os anos mais recentes concentraram número maior de estudos: 2017 (N=4), 2018 (N=3) e 2019 (N=4) (*quadro 2*).

Nenhum dos 26 estudos selecionados abordou a implantação da ATS exclusivamente na saúde suplementar. O Brasil foi o local de origem da maioria dos estudos (N=15), dentre os quais predominaram aqueles com o objetivo principal de apresentar, descrever ou informar sobre a trajetória da ATS no SUS (N=9). A participação da ANS no processo de implantação da ATS no País ou a referência ao setor privado nesse processo foram abordados em menos da metade dos estudos (N=12).

Os estudos nacionais se dedicaram, majoritariamente, a relatar as ações coordenadas

pelo MS relativas à implantação da ATS no setor público. Muitos deles traçavam uma linha do tempo incluindo os principais marcos nessa trajetória, como, por exemplo, a criação das estruturas organizacionais Decit, Citec e Conitec, bem como a publicação das políticas nacionais que tiveram como objetivo nortear o processo em todo País^{11,12,15,20,28-37}.

Dentre os estudos nacionais, o trabalho de Guimarães²⁰ destacou-se por abordar de forma mais consistente a ATS na saúde suplementar. Nele, o autor levanta questões específicas do setor privado, como, por exemplo, a utilização da incorporação de novas tecnologias como sendo um diferencial competitivo entre as empresas que operam planos privados de saúde. Menciona, ainda, algumas divergências e convergências entre os distintos processos de ATS nos dois setores²⁰.

Banta e Almeida¹¹ ressaltaram a necessidade de integração da ANS no processo de

implantação da ATS no Brasil. Reforçaram a importância de incentivar o uso da ATS pelos planos privados de saúde, relatando que a ANS constituiu, em 2005, uma força-tarefa para gerenciamento de tecnologia no setor de saúde suplementar, instituindo estrutura organizacional exclusiva para esse fim¹¹.

Ainda na literatura brasileira, Ali e colaboradores³⁸ apresentaram uma discussão sobre a ATS e sua evolução no Brasil, bem como descreveram algumas fontes de dados secundários disponíveis no País, com potencial aplicação para gerar evidências para a ATS e decisões políticas³⁸. Já Silva e Elias³⁹ compararam como os sistemas de ATS estão organizados no Brasil e no Canadá, observando que os dois se caracterizam pela ampla abrangência do escopo das atividades e pela concentração das atividades em agências ou órgãos nacionais, apesar da existência em ambos de uma fragmentação do sistema de saúde, o que dificulta a coordenação das políticas públicas em função da sobreposição de competências e da competição entre os diferentes entes da federação³⁹.

Todos os estudos internacionais, exceto o de Pericleous e colaboradores⁴⁰ publicado em 2019, avaliaram, comparativamente e em alguma medida, as experiências

em ATS nos diferentes países, incluindo o Brasil⁴¹⁻⁴⁹. Prevaleram as comparações entre os países da América Latina, nas quais o Brasil se destacou por ter desenvolvido rapidamente programas de ATS considerados eficazes⁴⁶. Modo geral, esses estudos envolveram apenas o sistema público brasileiro, ou seja, a ATS na saúde suplementar e o setor dos seguros privados não foram objeto de análise.

O estudo de Pericleous⁴⁰ teve por objetivo examinar, por meio de revisão da literatura e da opinião de especialistas, a aplicabilidade da ATS realizada pelo setor público para a tomada de decisões de pagadores privados no Canadá. Dessa forma, se assemelhava, ao menos em parte, ao objetivo desta pesquisa no que concerne à identificação das divergências e convergências entre a ATS nos setores público e privado. Os autores também constataram escassez de publicações sobre o tema no Canadá e nos Estados Unidos. Adicionalmente, os especialistas do painel concluíram que, apesar de algumas semelhanças, havia diferenças substanciais entre os dois sistemas, como, por exemplo, questões demográficas, estado de saúde e outras características dos beneficiários que não favoreciam a utilização de uma mesma avaliação para ambos.

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo autor, ano de publicação, título, origem do estudo e principais resultados

Autor	Ano	Título	Origem do estudo	Principais Resultados
Lima, Brito, Andrade (37)	2019	O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional	Brasil	Os autores referiram que, apesar dos avanços, a incorporação de tecnologias em saúde no Brasil deveria ainda perseguir a melhoria contínua.
Pericleous, Amin, Goeree (40)	2019	<i>The value and consequences of using public health technology assessments for private payer decision-making in Canada: one size does not fit all</i>	Canadá	A revisão da literatura identificou poucos estudos que atendessem aos critérios de inclusão. Os participantes do painel concluíram que, apesar de algumas semelhanças, havia diferenças substanciais entre os dois sistemas. A maioria dos parâmetros de valor do público não era aplicável ao setor privado, precisando de ajustes ou a revisão de sua aplicabilidade aos sistemas de pagadores privados.
Ali, Ichihara, Lopes, et al. (38)	2019	<i>Administrative Data Linkage in Brazil: Potentials for Health Technology Assessment</i>	Brasil	O estudo enfatizou a disponibilidade de dados de alta qualidade para uso em pesquisa e formulação de política. Isso permitiria a realização de estudos observacionais em larga escala para avaliar os impactos clínicos, econômicos e sociais das tecnologias e políticas sociais da saúde, desde que apoiados pela legislação específica.

Quadro 2. (cont.)

Autor	Ano	Título	Origem do estudo	Principais Resultados
Silva e Elias (39)	2019	Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação	Canadá e Brasil	Os resultados mostraram que os dois sistemas de saúde têm fragilidades, mas o caso brasileiro apresentou um conjunto de fatores tais como recursos insuficientes, impacto das decisões judiciais, forte dependência de tecnologias provenientes do exterior e processos e planejamentos regionais incipientes no campo da ATS, que tornavam o cenário mais complexo.
Pichon-Riviere, Soto, Augustovski, et al. (41)	2018	<i>Stakeholder involvement in the health technology assessment process in Latin America</i>	América Latina	Os participantes do fórum concluíram que a legitimação dos processos de ATS e de tomada de decisão foi identificada como um dos principais motivos para promover o envolvimento das partes interessadas; mas certas condições básicas deveriam ser atendidas, incluindo transparência no processo de ATS e um vínculo claro entre a ATS e a tomada de decisão.
Pichon-Riviere, Soto, Augustovski, et al. (44)	2018	<i>Health technology assessment for decision making in Latin America: Good practice principles</i>	América Latina	Os participantes do fórum identificaram os princípios de boas práticas a serem fortalecidos pelos diferentes países em relação à ATS: a transparência na produção dos relatórios, o envolvimento das partes interessadas relevantes no processo, os mecanismos para recorrer das decisões, os processos claros de definição de prioridades e um vínculo claro entre os resultados da ATS e a tomada de decisões.
Banta (42)	2018	<i>Perspective: Some Conclusions from My Life in Health Technology Assessment</i>	Internacional	O autor apresentou suas preocupações em relação à visão estreita de custo-efetividade e pouca ênfase em questões éticas, culturais e organizacionais na ATS. Demonstrou preocupação também com a independência das instituições de ATS e a influência da indústria da saúde.
Oortwijn, Determann, Schiffers, et al. (45)	2017	<i>Towards Integrated Health Technology Assessment for Improving Decision Making in Selected Countries</i>	Internacional	O estudo identificou que o monitoramento e a avaliação do processo de ATS não estavam estabelecidos em todos os países estudados. Concluiu que a implantação do processo de ATS consome tempo e que existia a necessidade de adoção de processos mais transparentes e robustos, incluindo maior consulta às partes interessadas.
Lessa e Ferraz (36)	2017	<i>Health technology assessment: The process in Brazil</i>	Brasil	O estudo descreveu as opiniões dos tomadores de decisão envolvidos no processo de ATS no Brasil no ano de 2011. Os entrevistados indicaram que o processo de ATS deveria ser aprimorado para atender às suas expectativas e que a publicação da legislação sobre o tema, naquele ano, contemplou algumas dessas preocupações, como a aceitação contínua das submissões para as avaliações de novas incorporações, o estabelecimento do prazo para tomada de decisões dentro de 180 dias e a expansão do comitê com uma representação maior das partes interessadas.
Lessa, Caccavo, Curtis, et al. (48)	2017	Fortalecer e implementar a avaliação de tecnologias em saúde e o processo decisório na Região das Américas	Região das Américas	O estudo concluiu que, embora alguns países da Região tenham criado unidades formais de ATS, ainda existia um elo fraco entre o processo de ATS e a tomada de decisões.
Rosselli, Quirland-Lazo, Csanádi, et al. (43)	2017	<i>HTA Implementation in Latin American Countries: Comparison of Current and Preferred Status.</i>	América Latina	Os autores reconheceram que a ATS desempenhou um papel progressivamente mais importante nos países da América Latina, mas cada país precisaria ainda registrar o seu status atual de implantação e identificar componentes para melhoria. A duplicação de esforços poderia ser reduzida se a colaboração internacional fosse integrada à implementação nacional de ATS.

Quadro 2. (cont.)

Autor	Ano	Título	Origem do estudo	Principais Resultados
Novaes e Soárez (35)	2016	Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): Dimensões do arcabouço institucional e político	Brasil	O estudo concluiu que o fortalecimento técnico e político do processo de institucionalização da ATS no contexto nacional poderia contribuir com as políticas científicas, tecnológicas e de inovação, impactando de forma efetiva as políticas de saúde.
Guimarães (20)	2014	Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios	Brasil	O autor apresentou a genealogia da ATS e sua linha do tempo no Brasil. Discutiu a relevância e o impacto da Lei nº 12.401/2011, que regulamentou a integralidade no SUS, e propôs desafios para o aprofundamento das ações de ATS no Brasil. Discutiu, ainda, a entrada e o papel da saúde suplementar nesse tema.
Novaes e Elias (34)	2013	Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde	Brasil	O estudo reconheceu um processo de aprendizado tanto metodológico como político para o uso da ATS que estava em curso naquele período, havendo necessidade de aprofundamento da análise do seu impacto sobre o SUS.
Oortwijn, Broos, Vondeling, et al. (46)	2013	<i>Mapping of health technology assessment in selected countries</i>	Internacional	O estudo concluiu que o mapeamento da ATS em um país poderia ser feito concentrando-se no nível de institucionalização e nas etapas do processo, i.e., identificação, definição de prioridades, avaliação, apreciação, elaboração de relatórios, divulgação, e implementação em políticas e práticas. Reconheceu também que, embora a ATS fosse mais avançada nos países industrializados, existia uma comunidade crescente nos países de renda média que usavam a ATS.
Kuchenbecker e Polanczyk (33)	2012	<i>Institutionalizing Health Technology Assessment in Brazil: Challenges Ahead</i>	Brasil	Os autores concluíram que a criação de um órgão nacional de ATS representou um passo importante não apenas em termos de desenvolvimento da ATS no País mas também em relação à consolidação do acesso universal aos cuidados de saúde garantido pela Constituição Federal brasileira desde a criação do SUS em 1988.
Silva, Petramale, Elias (12)	2012	Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde	Brasil	O estudo reconheceu que apesar dos avanços identificados, o Brasil ainda apresentava uma tradição limitada no uso de evidências para a tomada de decisão na atenção à saúde. Ressaltou ainda o desafio constitucional de consolidar um sistema de saúde universal, com atenção integral e equânime em um contexto de recursos escassos e processos decisórios descentralizados.
Ferraz, Soárez, Zucchi (32)	2011	Avaliação de tecnologias em saúde no Brasil: O que os atores do sistema de saúde pensam a respeito?	Brasil	Os resultados mostraram que a maioria dos respondentes considerou o processo de ATS daquele período incompleto e incapaz de satisfazer às necessidades do sistema de saúde. Identificou ainda uma tendência de desenvolvimento desse processo descentralizado e regionalizado com avaliações e decisões separadas para os sistemas público e privado.
Silva (31)	2011	<i>Evaluación De Tecnologías Sanitarias: La Experiencia en el Ministerio de Salud de Brasil</i>	Brasil	O autor considerou que persistiam desafios para se alcançar uma estrutura mais efetiva de ATS no Brasil, como, por exemplo, a criação de uma instituição governamental com mais agilidade administrativa, entre outros atributos.
Amorim, Ferreira Júnior, Faria, et al. (30)	2011	Avaliação de tecnologias em saúde: contexto histórico e perspectivas	Brasil	O estudo destacou avanços incorporados pelo Ministério da Saúde no processo de ATS, incluindo a criação da Rebrats e a promulgação da Lei nº 12.401/2011, que regulamentou a incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS.
Oortwijn, Mathijssen, Banta (47)	2010	<i>The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries</i>	Internacional	O estudo concluiu que o aumento dos gastos com assistência médica e o acesso às tecnologias modernas deram um forte impulso à ATS no mundo. No entanto, a ATS se desenvolveu com velocidade desigual nos países de renda média e muitos países aproveitaram-se das experiências organizacionais e metodológicas das agências de ATS anteriormente estabelecidas.

Quadro 2. (cont.)

Autor	Ano	Título	Origem do estudo	Principais Resultados
Ministério da Saúde (15)	2010	Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil	Brasil	Esse informe técnico relatou as ações de fortalecimento da Rebrats, aprovação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, e realização do Congresso da HTAi no Rio de Janeiro-Brasil em 2011.
Banta e Almeida (11)	2009	<i>The development of health technology assessment in Brazil</i>	Brasil	Os autores reconheceram a necessidade de mudanças políticas adicionais para maximizar o impacto do desenvolvimento da ATS. Consideraram desejável que o Ministério da Saúde do Brasil prosseguisse com o desenvolvimento de uma agência nacional para a ATS.
Banta (49)	2009	<i>Health Technology Assessment in Latin America and the Caribbean</i>	América Latina	O estudo identificou um conjunto de países que se encontravam institucionalizando ativamente a ATS tais como Brasil, México, Chile e Argentina. Outros países, como Costa Rica, Colômbia, Cuba, Peru, Panamá, Paraguai, Trinidad e Tobago e Uruguai, pareciam estar seguindo essa tendência e alguns outros pareciam propensos a seguir nessa direção nos anos subsequentes.
Ministério da Saúde (29)	2006	Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde	Brasil	O informe técnico apresentou um conjunto de ações implantadas pelo Ministério da Saúde: a adoção formal da Avaliação de Tecnologias em Saúde, a Rebrats e a formação de recursos humanos, o Grupo Permanente de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT-ATS), as diretrizes técnico-operacionais, diretrizes metodológicas para estudos em ATS e a cooperação internacional, que proporcionou a entrada do Decit na Inatha.
Krauss-Silva (28)	2004	Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais	Brasil	O estudo considerou as dificuldades operacionais para a elaboração e utilização de avaliações tecnológicas, dependentes no Brasil da adequação e disponibilização de dados e da formação de pesquisadores e tomadores de decisão nesse campo.

Fonte: Elaboração própria.

ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde, Rebrats: Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, SUS: Sistema Único de Saúde, HTAi: Health Technology Assessment International, Decit: Departamento de Ciência e Tecnologia, Inatha: International Network of Agencies in Health Technology Assessment.

Análise documental

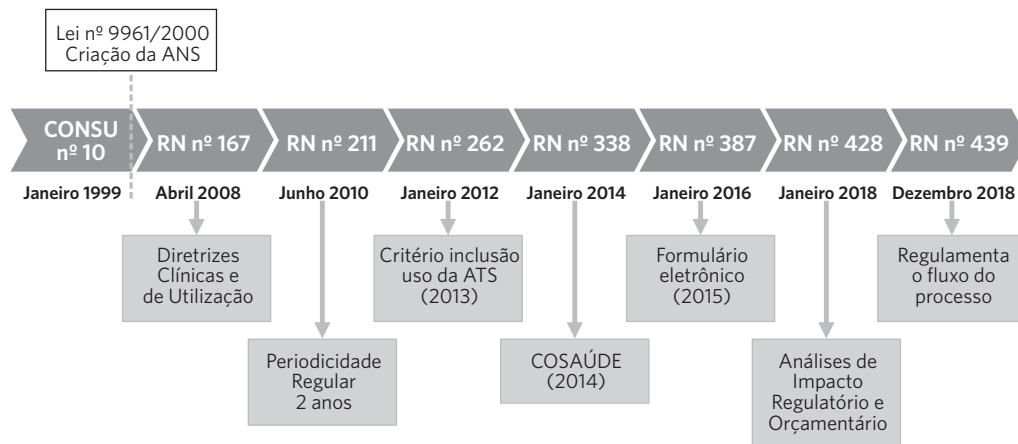
O arcabouço legal e infralegal que confere à ANS a responsabilidade pela incorporação, alteração e exclusão de tecnologias no setor saúde suplementar foi examinado com o objetivo de extrair informações capazes de identificar a implantação e utilização da ATS no processo de tomada de decisão da Agência.

Analisaram-se a Lei nº 9.656 de 1998, marco legal que regulamentou o setor dos planos e seguros privados de saúde²⁷, e a Lei nº 9.961 de 2000⁴, que criou ANS. Além disso, foram examinados e sintetizados no

quadro 3 todas as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) e Resoluções Normativas (RN) relacionadas ao processo de elaboração e atualização periódica do rol de procedimentos da Agência, assim como o material complementar disponibilizado para auxiliar a sociedade nas consultas públicas, por meio de suas Notas Técnicas.

Com base na análise desses documentos, foi possível traçar uma linha do tempo contemplando os principais marcos regulatórios e operacionais referentes ao complexo processo de revisão periódica do rol de procedimentos da Agência Reguladora (*figura 2*).

Figura 2. Evolução do processo de revisão periódica do rol de procedimentos da ANS, de 1999 a 2018



Fonte: Elaborado com base nas informações obtidas em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos> (acesso em 22/01/2019).

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Consu: Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar, RN: Resolução Normativa, ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde, Cosaúde: Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde.

A primeira versão do rol foi estabelecida pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 10 – Consu 10 de 1998 como parte das deliberações da Lei nº 9.656 de 1998 e antes mesmo da criação da ANS. Os registros relativos à metodologia utilizada no processo de sua elaboração não foram encontrados no sítio eletrônico da Agência. Contudo, devido à notável semelhança entre o rol e a tabela de procedimentos da Associação Médica Brasileira (AMB) da época, é plausível supor que houve influência da referida tabela nessa construção.

A lei de criação da ANS em 2000 estabelece em seu art. 4º as competências da Agência, incluindo a obrigação de elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde⁴. Para esse fim, a reguladora instituiu um fórum de discussão que contou com a participação de diversos agentes do setor, para tratar da atualização e aperfeiçoamento do rol⁵⁰. No mesmo ano, foram publicadas duas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC nº 21 e RDC nº 41) que alteraram o rol original (*quadro 3*).

No período de 2000 a 2008, o rol inicial teve seis alterações. Dentre elas, apenas duas

foram precedidas por consulta pública, as de 2004 e 2007. A partir de 2008, todas as RN que alteraram o rol passaram a ser precedidas sistematicamente por consulta pública⁵¹ (*quadro 3*).

A Consu nº 10 foi revogada em 2008 e uma nova versão do rol foi publicada (RN nº 167), trazendo uma série de alterações e inovações como, por exemplo, a introdução de diretrizes clínicas e de diretrizes de utilização para alguns procedimentos específicos. Essas diretrizes vincularam a cobertura obrigatória ao cumprimento de requisitos fundamentados pela medicina baseada em evidências, ou seja, os procedimentos com diretrizes clínicas ou de utilização somente seriam cobertos pelas operadoras de planos de saúde quando cumpridos tais requisitos⁵².

A partir de junho de 2010, as revisões do rol passaram a ser realizadas com periodicidade regular, a cada dois anos⁵². Além disso, foi criado um grupo técnico consultivo composto pelos principais agentes que atuam no setor, i.e., entidades de defesa do consumidor, operadoras de planos de saúde, profissionais médicos e de técnicos da ANS, cujas discussões

técnicas precediam a consulta pública e eram disponibilizadas no sítio eletrônico da ANS⁵².

Em 2013, foi publicada pela Agência uma nota técnica contendo os critérios para inclusão de novos procedimentos na cobertura obrigatória⁵. Dentre esses critérios, destacavam-se a utilização da ATS, da Medicina Baseada em Evidências e a necessidade de avaliações econômicas. Além disso, o documento faz referência às decisões da Conitec como sendo um dos fatores balizadores das decisões da Agência⁵.

Importante destacar que, desde a publicação da Nota Técnica nº 26, de fevereiro de 2013⁵, a ANS passou a utilizar explicitamente em seu material oficial de divulgação a ATS como justificativa para suas decisões quanto à incorporação, alteração ou exclusão de novas tecnologias para cobertura obrigatória no setor.

Em 2014, a Agência criou o Cosaúde com a finalidade de abordar temas da regulação assistencial, inclusive a cobertura obrigatória²⁶. Por se tratar de comitê permanente, conferiu uma maior estabilidade à composição de seus membros, que inclui mais de trinta instituições atuantes no setor saúde suplementar. Com a criação do Cosaúde, observou-se que as atas e apresentações das reuniões passaram a ser disponibilizadas no sítio eletrônico da ANS de forma sistemática, facilitando o acesso público às informações relativas ao processo de revisão periódica do rol⁵³.

A partir de 2015, foram disponibilizados no sítio eletrônico da ANS documentos contendo

maiores informações sobre o rol de procedimentos para auxiliar a sociedade na participação das consultas públicas. Além disso, houve a divulgação de relatórios pós-consulta pública contendo as justificativas tanto para as demandas da sociedade acatadas, como para as não acatadas pela Agência⁵⁴.

Ainda em 2015, a ANS organizou o fluxo de entrada das demandas para solicitação de alterações do rol por meio de um formulário eletrônico que solicitava informações técnicas sobre as tecnologias pleiteadas aos demandantes. Esse formulário foi aberto para solicitações apenas aos membros do Cosaúde⁵⁵.

Em 2017, foi acrescentada a divulgação de outra nota técnica⁵⁶, contendo, pela primeira vez, uma Análise de Impacto Regulatório (AIR) da nova resolução que seria publicada com a atualização do rol. A referida nota técnica também contemplou uma Análise de Impacto Orçamentário (AIO) referente à proposta de novas incorporações de tecnologias no setor⁵⁶.

Por fim, em 2018, a ANS elaborou norma para regulamentar o próprio processo de atualização periódica do rol de procedimentos, a RN nº 439. Essa norma estabeleceu os trâmites e fluxos necessários para a atualização periódica do rol. Dentre outros pontos, destacavam-se a formalização do fluxo de entrada e tratamento das demandas para alteração do rol, assim como a definição, de forma clara, das instâncias deliberativas e da participação mais ampla da sociedade⁵⁷.

Quadro 3. Documentos infralegais relativos ao processo de revisão periódica do rol de procedimentos da ANS, por período de vigência, temática, realização de consulta pública e existência de material de apoio para consulta pública no período de 1998 a 2019

Normativo	Período de Vigência	Temática	Consulta Pública (CP)	Material de Apoio à CP
Consu nº 10/1998	04/11/1998 a 11/05/2000	Dispõe sobre a elaboração do rol	NR	---
RDC nº 21/2000	12/05/2000 a 25/06/2002	Dispõe sobre a elaboração do rol Odontológico	NR	---
RDC nº 41/2000	14/12/2000 a 06/05/2001	Altera o rol	NR	---

Quadro 3. (cont.)

Normativo	Período de Vigência	Temática	Consulta Pública (CP)	Material de Apoio à CP
RDC nº 67/2001	07/05/2001 a 28/09/2004	Atualiza o rol	NR	---
RN nº 9/2002	26/06/2002 a 05/07/2007	Atualiza o rol Odontológico	NR	---
RN nº 82/2004	29/09/2004 a 01/04/2008	Estabelece o rol e suas classificações de acordo com a segmentação (MH, AMB, OD, c/ou s/OBS)	CP nº 19	NT nº 16/2004
RN nº 154/2007	06/07/2007 a 06/06/2010	Atualiza o rol odontológico	CP nº 25	Sem NT
RN nº 167/2008	02/04/2008 a 06/06/2010	Atualiza o rol e revoga a Consu nº 10	CP nº 27	Sem NT
RN nº 211/2010	07/06/2010 a 31/12/2011	Atualiza o rol	CP nº 31	Sem NT
RN nº 262/2011	01/01/2012 a 01/01/2014	Atualiza o rol	CP nº 40	Sem NT
RN nº 338/2013	02/01/2014 a 01/01/2016	Atualiza o rol	CP nº 53	NT nº 192/ 2013
RN nº 387/2015	02/01/2016 a 01/01/2018	Atualiza o rol	CP nº 59	NT nº 26/2013
RN nº 428/2017	02/01/2018 Vigente até o presente	Atualiza o rol	CP nº 61	NT nº 178/ 2017 e Relatório de revisão do Rol/ 2017
RN nº 439/2018	03/12/2018 Vigente até a publicação desta pesquisa	Dispõe sobre processo de atualização periódica do rol	CP nº 69	NT nº 18 e 19 / 2018

Fonte: Elaborado a partir de informações obtidas em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos> (acesso em 22/01/2019).

Consu - Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, NR - Não Realizada, RDC - Resolução da Diretoria Colegiada, RN - Resolução Normativa, MH - Médico-hospitalar, AMB - Ambulatorial, OD - Odontológico, OBS - Obstetria, CP - Consulta Pública, NT - Nota Técnica.

Discussão

A revisão realizada evidenciou escassez de publicações sobre a implantação e uso da ATS na saúde suplementar brasileira. Também em nível internacional, se observou que a temática é ainda pouco explorada, como sinalizam Pericleous e colaboradores⁴⁰. Em sua maioria, os estudos selecionados se concentraram em avaliar a implantação da ATS no SUS. Apenas dois estudos^{20,40} abordaram de forma crítica e explícita as diferenças entre as avaliações de tecnologias nos setores público e privado.

Com poucas exceções^{11,20}, os estudos que abordaram a ATS na saúde suplementar se referiram de forma vaga e superficial ao setor ou apenas faziam referência à ANS como uma das instituições vinculadas ao MS que tiveram participação nos grupos técnicos e demais fóruns de discussão sobre o tema.

A análise documental mostrou que houve uma evolução em termos de organização do processo de revisão periódica do rol, especialmente no que tange à participação da sociedade, com maior número de consultas públicas, e à transparência institucional, com

a disponibilização de um número maior de documentos de acesso público.

Todavia, mesmo que mais robusto, o processo de revisão periódica do rol da ANS, até o período estudado, ainda guarda pouca relação com as diretrizes e orientações seguidas pela Conitec no processo de avaliação de tecnologias para o SUS, confirmando, dessa forma, a dicotomia existente entre os dois modelos. A utilização de um formulário de entrada de demandas, a solicitação de um parecer técnico-científico dos demandantes e a realização de consultas públicas pela ANS configuram as principais semelhanças entre os dois processos.

Em contrapartida, a não divulgação dos relatórios de ATS, a falta da realização de avaliações econômicas e, especialmente, a pouca clareza dos critérios para recomendação da Agência demonstram algumas das diferenças do processo da ANS em relação ao da Conitec.

Com a entrada em vigor, em 2019, da nova regra que ordena o processo de revisão periódica do rol, a RN nº 439, algumas alterações instituídas tendem a aumentar a consonância entre os dois processos. Dessas alterações, destacam-se a possibilidade de demandar alterações no rol para a sociedade em geral, via formulário de entrada, e não mais restrita aos membros do Cosaúde, como anteriormente; e a possibilidade de a ANS encomendar relatórios de instituições públicas ou privadas especializadas em ATS, semelhante ao que ocorre na Conitec⁵⁸.

Algumas reflexões sobre a possibilidade de aproximação entre os processos público e privado de ATS podem ser feitas com base na revisão de escopo da literatura. Assim, ficou evidenciado em dois estudos selecionados^{20,40} que uma das diferenças da ATS entre o setor privado em relação ao público reside na utilização da incorporação de novas tecnologias, mais modernas e atraentes, como um diferencial competitivo entre as empresas privadas que atuam no setor. Tal diferença se justifica pelo fato de as empresas fornecerem um serviço para pessoas físicas e jurídicas,

com fins lucrativos e, portanto, o que o cliente deseja é essencial⁴⁰.

A esse respeito, Guimarães²⁰ chama a atenção para a ocorrência de uma mudança no comportamento das empresas do setor saúde suplementar brasileiro no que concerne à incorporação de novas tecnologias. O autor descreve que, muitas vezes, as empresas se utilizavam da incorporação acrítica de novas tecnologias como forma de *marketing* para aumento das vendas dos seus produtos²⁰. A partir de determinado momento, com o reconhecimento do exponencial aumento dos gastos assistenciais, esse comportamento passa a ser questionado e a ATS entra nos discursos dos gestores das empresas privadas como forma de racionalização dos gastos²⁰.

Coincidentemente, a partir de 2013, a ANS divulga por meio de nota técnica a utilização da ATS e das avaliações econômicas como parte dos seus critérios de incorporação de novas tecnologias no setor⁵. Seguindo essa lógica, é plausível supor que houve um aumento da pressão dos próprios empresários da saúde sobre a Agência Reguladora para fortalecer a ATS na inclusão de novas tecnologias para cobertura obrigatória no setor.

Como consequência dessa inflexão, as empresas operadoras de planos de saúde passaram a constituir núcleos de ATS próprios. Observou-se, nas atas de reuniões do Cosaúde, que esses núcleos passaram a conferir um caráter mais técnico às discussões quanto à incorporação de novas tecnologias no setor⁵³. Em consonância com o postulado por Guimarães²⁰, essas mudanças de comportamento no setor privado podem levar a uma aproximação entre os processos de incorporação de tecnologias da saúde suplementar e do SUS.

Cotejando os achados deste estudo com a literatura internacional^{39,40,59,60}, é razoável considerar a necessidade de se promover a coordenação dos processos de ATS em um país. O exemplo comparativo entre os Estados Unidos (EUA) e outros países europeus, como a Suécia e Inglaterra, foi utilizado por Banta⁶⁰ para demonstrar as discrepâncias entre países

que não têm um direcionamento nacional e o funcionamento coordenado nos sistemas de saúde nacionais.

De acordo com Banta⁶⁰, nos EUA, sem a coordenação nacional eficaz do processo, as atividades de ATS são realizadas em múltiplas organizações com diferentes objetivos, muitas vezes usando métodos diferentes e sem transparência do processo. O objetivo predominante é provavelmente a contenção de custos, apesar de outros objetivos serem também mencionados pelos avaliadores, como, por exemplo, a melhoria da qualidade ou a inovação⁶⁰.

Em 1997, Seymour Perry e Mae Thamer⁵⁹ já descreviam a falta de coordenação das diversas instâncias de ATS nos EUA, sendo a maioria delas privadas, i.e., centros médicos, hospitais, seguradoras de saúde, indústria farmacêutica e equipamentos médicos. Os autores argumentam que as prioridades dessas organizações privadas podem não necessariamente coincidir com as prioridades nacionais para avaliação de tecnologia. Além disso, praticamente não há troca ou coordenação de informações entre esses grupos, e a natureza proprietária dos resultados entre muitas organizações acaba por limitar ainda mais a disponibilidade e utilidade dessas avaliações⁵⁹.

Em relação aos países com atividade de ATS coordenada, esses tendem a ter sistemas nacionais de saúde e consideram conveniente e eficiente estabelecer programas de ATS vinculados e apoiados pelo governo nacional¹⁰. Em muitos casos, a aquisição e o acesso a novas tecnologias estão sob controle do governo, particularmente nos programas federais de saúde⁵⁹. No geral, eles parecem ter influência importante na política de gestão de tecnologia em seus países.

No Brasil, o sistema de ATS é formado por uma instância governamental centralizada, a Conitec, responsável por assessorar o MS nas avaliações e recomendações sobre a incorporação de tecnologias no SUS em nível nacional; por experiências limitadas de estruturas próprias de ATS no plano estadual; e por diversas organizações públicas e privadas, como hospitais de ensino, institutos de pesquisa, entre

outras³⁹. Além disso, a ANS atua de forma paralela, utilizando a ATS como ferramenta para exercer sua obrigação legal de atualizar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória no setor suplementar.

Configura-se, desse modo, um sistema de ATS fragmentado, com diversas organizações atuando em diferentes níveis, com duplicação de esforços e separação total dos processos de incorporação nos setores público e privado de saúde. De modo geral, os dois setores avaliam aspectos como eficácia, segurança e impacto orçamentário, além de promoverem, em alguma medida, a participação da sociedade. No entanto, não foram identificadas avaliações mais abrangentes com base em valor para cada perspectiva.

Considerações finais

O estudo objetivou traçar o histórico da ATS na saúde suplementar correlacionando os marcos da implantação da ATS no SUS e identificando dualidades existentes entre os setores público e privado nesse processo.

A implantação da ATS no País faz parte de uma política maior de incentivos à ciência, tecnologia e inovação, visando a conferir racionalidade ao processo de incorporação tecnológica. O MS capitaneou as ações voltadas para tal implementação, sempre com a participação da ANS. Contudo, os resultados obtidos mostraram que, até o presente, a Agência e a Conitec/MS trabalham de forma independente e sem coordenação, utilizando diferentes metodologias para produzirem seus relatórios e recomendações quanto à inclusão, exclusão ou alteração de uso das tecnologias na saúde suplementar e no SUS.

Chama à atenção a desarmonia entre esses achados e a opção do País quando definiu a PNGTS com o objetivo geral de

maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade¹⁴⁽¹⁵⁾.

Tal Política deveria orientar todos os atores envolvidos na institucionalização da avaliação e gestão de tecnologias em saúde no Brasil.

Além disso, em 2008, foi criada a Rede Brasileira Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), envolvendo cooperação do governo com universidades, institutos de ensino e pesquisa, entre outros, da qual a ANS faz parte. A utilização dessa rede nacional de cooperação em ATS também deveria ser destinada a diminuir as discrepâncias entre as avaliações realizadas para o SUS e a saúde suplementar¹⁵.

Conforme afirmado por Seymour Perry e Mae Thamer⁵⁹, por Banta⁶⁰ e por Silva e Elias³⁹, experiências internacionais têm sugerido que processos coordenados e padronizados de ATS podem trazer ganhos na eficiência das avaliações, diminuindo as redundâncias e o retrabalho, além de favorecer o atendimento das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, considerando-se o âmbito nacional, tanto as avaliações da Conitec como as da ANS são financiadas com recursos públicos; portanto, seus produtos devem ser revertidos para o interesse da sociedade, seja como beneficiários de planos de saúde ou como usuários do SUS.

De fato, a avaliação de tecnologias necessariamente deve levar em conta elementos contextuais diversos entre os setores público e suplementar, como, por exemplo, fatores econômicos e estruturais envolvidos. Assim, diferentes pagadores podem ter prioridades e processos de tomada de decisão diferenciados. Também existem diferenças importantes entre os setores em termos demográficos, no estado de saúde e outras características dos usuários. Logo, diferentes abordagens devem ser empreendidas nas avaliações para o setor público e o mercado privado⁴⁰.

Porém, um mesmo direcionamento metodológico — relatórios padronizados de ATS — associado à maior participação da sociedade, tanto no âmbito do SUS como na saúde suplementar, podem oferecer maior transparência às decisões dos gestores. Aumento da transparência do processo decisório proporciona maior entendimento por parte da sociedade,

permitindo que o cidadão possa demandar de forma mais consciente, além de conferir maior credibilidade ao processo.

Apesar de o Brasil ter um sistema único de saúde, o setor privado, especialmente a saúde suplementar, é bastante robusto. Como consequência da dicotomia entre os setores público e privado, a implantação de políticas públicas de abrangência nacional fica comprometida, como se pode verificar com a PNGTS. A coordenação nacional de um modelo de ATS que atenda às suas especificidades é desejada, visando a aumentar a transparência das instituições responsáveis, à maior credibilidade das suas decisões, à maior eficiência do processo e, especialmente, a proporcionar maior equidade.

No que tange à equidade, a ATS deveria funcionar como estratégia na consolidação desse princípio, favorecendo uma distribuição mais adequada de recursos dentro do sistema de saúde, qualquer que seja o subsetor envolvido. A equidade pode ser analisada como um balanço entre a população a ser beneficiada em função de suas vulnerabilidades e necessidades em saúde, independente do seu poder aquisitivo. Uma melhor alocação dos recursos com base nas necessidades em saúde proporciona oferta e distribuição de serviços de forma mais equânime em ambos os setores, uma vez que quem financia o sistema são os próprios usuários, tanto no setor público, por meio de impostos, como da saúde suplementar, por meio do pagamento das contraprestações pecuniárias.

Do mesmo modo, a utilização da ATS pode evitar desperdícios e gerar maior eficiência na oferta de serviços de saúde em ambos os setores, visto que seus produtos, além de identificarem as tecnologias mais seguras e eficazes a serem ofertadas, também informam em que condições e para quais grupos de indivíduos seus benefícios serão mais expressivos.

É inegável que houve importante avanço na implantação da ATS no País a partir do ano 2000, especialmente no SUS, que culminou com a instituição da Conitec em 2011. Já na saúde suplementar, apenas em 2013 a ANS

publicou uma nota técnica instituindo oficialmente a ATS como ferramenta para tomada de decisão. Em 2018, a Agência publicou norma definindo o processo de revisão do rol, com maior consonância aos moldes presentes no SUS.

Tanto a revisão de escopo da literatura como a análise documental não evidenciaram explicitamente as razões para tais discrepâncias. Pode-se inferir, contudo, que questões comerciais, de *marketing* e econômico-financeiras envolvendo especialmente as operadoras de planos privados de saúde poderiam explicar a implantação tardia da ATS na saúde suplementar e parte da falta de transparência em relação ao modelo de ATS utilizado pela ANS.

Poucos estudos se dedicaram a pesquisar as consequências da falta de alinhamento entre as políticas de ATS nos setores público e privado. Logo, novas investigações, com

diferentes abordagens, são essenciais para uma compreensão mais ampla sobre essa temática. Espera-se, assim, fortalecer esse processo tão necessário para a sustentabilidade do sistema de saúde no Brasil.

Colaboradoras

Lisbôa R (0000-0002-0159-0044)* contribuiu para concepção, planejamento, coleta, análise e interpretação dos dados; elaboração do conteúdo; preparação e redação do manuscrito e aprovação da versão final do texto. Caetano R (0000-0003-1480-2453)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, preparação e redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2008 [acesso 2015 jan 28]; 13(5):1431-1440. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2019.
4. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. 29 Jan 2000. [acesso em 2021 jan 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.
5. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica no 26/2013/GRRAS/DIPRO/ANS, de 20 de fevereiro de 2013. Atualização da Nota GGRAS/DIPRO nº 98, de 2011, que trata dos critérios para revisão do Rol de procedimentos e eventos em saúde – ANS-2013-2014. *Diário Oficial da União* [internet]. 21 Feb 2013. [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/nota_priorizacao.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Eddy D. Health Technology Assessment and Evidence-Based Medicine: What Are We Talking About? *Value Health*. [internet]. 2009 [acesso em 2019 dez 2]; 12:S6-7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301510600551>.
7. Battista RN, Hodge MJ. The evolving paradigm of health technology assessment: reflections for the millennium. *CMAJ*. 1999; 160(10):1464-1467.
8. Velasco Garrido M, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, organizadores. Health technology assessment and health policymaking in Europe: current status, challenges, and potential. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. 181 p. (Observatory studies series). [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/90426/E91922.pdf.
9. Goodman CS. HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment. Bethesda, MD: National Library of Medicine; 2014.
10. Neumann PJ. Lessons for Health Technology Assessment: It Is Not Only about the Evidence. *Value Health* [internet]. 2009 [acesso em 2019 dez 2]; 12:S45-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301510600617>.
11. Banta D, Almeida RT. The development of health technology assessment in Brazil. *Int. j. technol. assess. health care*. [internet]. 2009 [acesso em 2017 set 23]; 25(S1):255-9. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0266462309090722.
12. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. *Rev. saúde pública*. 2012; 46(supl)1:83-90.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2):381-383.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008. Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Diário Oficial da União*. 31 Out 2008.
17. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 29 Abr 2011.
18. Yuba TY, Novaes HMD, Soárez PC. Challenges to decision-making processes in the national HTA agency in Brazil: operational procedures, evidence use and recommendations. *Health Res Policy Syst*. 2018; 16(40):1-9.
19. Caetano R, Silva RM, Pedro ÉM, et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2017 [acesso em 2017 set 23]; 22(8):2513-2525. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000802513.
20. Guimarães R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2014 [acesso em 2017 set 24]; 19(12):4899-4908. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204899&lng=en&tln=en.

21. Nita ME, Eliaschewitz FG, Ribeiro E, et al. Custo-efetividade e impacto orçamentário da saxagliptina como terapia adicional à metformina para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no sistema de saúde suplementar do Brasil. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 dez 2]; 58(3):294-301. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0104423012705122>.
22. Pepe RSC, Bolzachini SN, Gomes MT, et al. Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analyses of Dabigatran Compared with Warfarin in Patients with Non-valvular Atrial Fibrillation and Risk Factors for Stroke and Systemic Embolism within Brazilian Private and Public Health Care Systems Perspectives. *Value in health reg issues (Online)*. [internet]. 2015 [acesso em 2019 dez 2]; 8:36-42. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212109915000084>.
23. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J. clin. epidemiol.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 dez 2]; 67(12):1291-124. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435614002108>.
24. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. j. soc. res. methodol.* [internet]. 2005 [acesso em 2019 dez 2]; 8(1):19-32. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>.
25. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. [internet] Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2017. [acesso em 2020 jan 28]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
26. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa no 44, de 13 de fevereiro de 2014. Institui o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde no Âmbito da ANS. *Diário Oficial da União*. 14 Fev 2014. [acesso em 2021 jan 19]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&id=MjY2OA==>.
27. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*. 4 Jun 1998. [acesso em 2021 jan 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm.
28. Krauss-Silva L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(supl)2:S199-207.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):743-747.
30. Amorim FF, Júnior PNF, Faria ER, et al. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Contexto Histórico e Perspectivas. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(4):343-348.
31. Silva MT. Evaluación de tecnologías sanitarias: la experiencia em el ministerio de salud de Brasil. *Rev. peru. med. exp. salud publica*. 2011; 28(3):548-551.
32. Ferraz MB, Soárez PC, Zucchi P. Health technology assessment in Brazil: what do healthcare system players think about it? *São Paulo med. j.* [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 3]; 129(4):198-205. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802011000400002&lng=en&lng=en.
33. Kuchenbecker R, Polanczyk CA. Institutionalizing Health Technology Assessment in Brazil: Challenges Ahead. *Value in health reg issues (Online)*. [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 3]; 1(2):257-261. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84870893629&doi=10.1016%2fj.vhri.2012.09.009&partnerID=40&md5=01c3a44281b4326ec87a752a238cddc0>.
34. Novaes HMD, Elias FTS. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 3]; 29(supl1):S7-16. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84887136937&doi=10.1590%2f0102->

- 311X00008413&partnerID=40&md5=5e7ca7ed84a768a19caff3ff504e9323.
35. Novaes HMD, Soárez PC. Health technology assessment (HTA) organizations: Dimensions of the institutional and political framework. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 3]; 32(2):1-14. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84994608064&doi=10.1590%2f0102-311X00022315&partnerID=40&md5=93d074a934eca065e211a8c35d025d8d>.
 36. Lessa F, Ferraz MB. Health technology assessment: The process in Brazil. *Rev. panam. salud pública*. [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 3]; 41(25):1-7. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33901>.
 37. Lima SGG, Brito C, Andrade CJC. Health technology assessment in Brazil - an international perspective. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 2018 ago 3]; 24(5):1709-1722. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85067498997&doi=10.1590%2f1413-81232018245.17582017&partnerID=40&md5=660bd6171d6614046449e4d6e8571944>.
 38. Ali MS, Ichihara MY, Lopes LC, et al. Administrative Data Linkage in Brazil: Potentials for Health Technology Assessment. *Front Pharmacol.* 2019; 10(984):1-20.
 39. Silva HP, Elias FTS. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2019 dez]; 35(supl2):1-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805007&tlng=pt.
 40. Pericleous L, Amin M, Goeree R. The value and consequences of using public health technology assessments for private payer decision-making in Canada: one size does not fit all. *J. Med. Econ.* 2019; 22(5):478-487.
 41. Pichon-Riviere A, Soto N, Augustovski F, et al. Stakeholder involvement in the health technology assessment process in Latin America. *Int. j. technol. assess. health care.* 2018; 34(3):248-253.
 42. Banta HD. Perspective: Some Conclusions from My Life in Health Technology Assessment. *Int. j. technol. assess. health care.* 2018; 34(2):131-133.
 43. Rosselli D, Quirland-Lazo C, Csanádi M, et al. HTA Implementation in Latin American Countries: Comparison of Current and Preferred Status. *Value in health reg issues.* 2017; 14:20-27.
 44. Pichon-Riviere A, Soto NC, Augustovski FA, et al. Evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones en Latinoamérica: principios de buenas prácticas. *Rev. panam. salud pública*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 18]; 41:1-8. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34364>.
 45. Oortwijn W, Determann D, Schiffers K, et al. Towards Integrated Health Technology Assessment for Improving Decision Making in Selected Countries. *Value Health.* 2017; 20(8):1121-1130.
 46. Oortwijn W, Broos P, Vondeling H, et al. Mapping of Health Technology Assessment in Selected Countries. *Int. j. technol. assess. health care.* 2013; 29(4):424-434.
 47. Oortwijn W, Mathijssen J, Banta D. The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries. *Health Policy.* 2010; 95(2-3):174-184.
 48. Lessa F, Caccavo F, Curtis S, et al. Strengthening and implementing health technology assessment and the decision-making process in the Region of the Americas. *Rev. panam. salud pública*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 18]; 41:1-10. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34574>.
 49. Banta D. Health Technology Assessment in Latin America and the Caribbean. *Int J Technol Assess Health Care* [internet]. 2009 [acesso em 2019 dez 20]; 25(S1):253-254. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0266462309090710/type/journal_article.

50. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica n.º 16 /Assessoria Especial/DIPRO/2004, de 18 de agosto de 2004. Análise técnica da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. [acesso em 2021 jan 19]. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_19_exposicao_de_motivos.pdf.
51. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Espaço do Consumidor: o que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde [internet]. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2018. [acesso em 2018 maio 7]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>.
52. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entra em vigor a nova cobertura obrigatória dos planos de saúde [internet]. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/419-entra-em-vigor-a-nova-cobertura-obrigatoria-dos-planos-de-saude?highlight=WyJyZGMi%E2%80%A6>.
53. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. CO-SAÚDE: Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde [internet]. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2018. [acesso em 2019 maio 22]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude-cosaude/atas-das-reunioes-do-cosaude>.
54. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consultas Públicas encerradas [internet]. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2020. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas>.
55. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consulta Pública 59: RN do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde [internet]. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2015. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp59/cp_59_notal72.pdf.
56. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica n.º 19/2018, de 5 de fevereiro de 2018. Impacto Regulatório da normatização do processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp69/cp69_notatecnica19-2018.pdf.
57. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica n.º 18/2018, de 16 de março de 2018. Processo de normatização da atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp69/cp69_notatecnica18-2018.pdf.
58. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n.º 439, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diário Oficial da União. 4 Dez 2018. [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/54733061/do1-2018-12-12-resolucao-normativa-rn-n-439-de-3-de-dezembro-de-2018-54733018.
59. Perry S, Thamer M. Health technology assessment: Decentralized and fragmented in the US compared to other countries. *Health Policy* [internet]. 1997 [acesso em 2020 jan 3]; 40(3):177-198. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016885109700897X>.
60. Banta D. The development of health technology assessment. *Health Policy* [internet]. 2003 [acesso em 2020 jan 5]; 63(2):121-132. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851002000593>.

Recebido em 29/01/2020
Aprovado em 28/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura

Permanent Health Education in Psychosocial Care Centers: integrative literature review

Mússio Pirajá Mattos^{1,2}, Hudson Manoel Nogueira Campos², Daiene Rosa Gomes², Lorena Ferreira¹, Raquel Baroni de Carvalho¹, Carolina Dutra Degli Esposti¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012724

RESUMO Este estudo objetivou compreender a apropriação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e suas iniciativas no Brasil, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Buscaram-se textos em português, inglês e espanhol, publicados no Brasil entre 2007 e 2019, que abordassem o conceito de EPS, cujos objetivos se referiam a iniciativas desenvolvidas nos Caps, e que versassem sobre as percepções quanto à mudança da prática profissional a partir dessas iniciativas. Foram selecionados 28 estudos. A análise de conteúdo temática identificou quatro categorias empíricas: 1. Concepções de EPS nos Caps; 2. Produção do cuidado e a aproximação com a EPS nos Caps; 3. Fatores intervenientes e características da EPS nos Caps; e 4. Fatores facilitadores e dispositivos de EPS nos Caps. A compreensão de EPS por profissionais e gestores aproxima-se do conceito de Educação Continuada, embora reconheçam que a primeira possibilita a reflexão e a problematização das práticas. As ações de formação desenvolvidas ainda estão distantes das transformações desejadas no âmbito da saúde mental. Considera-se necessário fortalecer a relação entre profissionais, gestores, comunidade e instituições de ensino para que essa política se torne eficaz no modelo de atenção psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE Educação permanente. Políticas públicas de saúde. Capacitação de recursos humanos em saúde. Saúde mental. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT *This study aimed to understand the appropriation of Permanent Health Education (EPS) in the context of the Psychosocial Care Centers (Caps), and their initiatives in Brazil, through an integrative literature review. We searched for texts published in Portuguese, English and Spanish, published in Brazil, between 2007 and 2019, which addressed the concept of EPS, whose objectives referred to initiatives developed at Caps, and which discussed the perceptions regarding the change in professional practice based on these initiatives. 28 studies were selected. Thematic content analysis identified four empirical categories: 1. Conceptions of EPS at Caps; 2. Production of care and approximation with EPS at Caps; 3. Intervening factors and characteristics of EPS at Caps; and 4. Enabling factors and EPS devices in the Caps. The understanding of EPS by professionals and managers comes close to the concept of Continuing Education, although they recognize that EPS allows reflection and problematization of practices. The training actions developed are still far from the desired transformations in the scope of mental health. It is considered necessary to strengthen the relationship between professionals, managers, community and educational institutions so that this policy becomes effective in the model of psychosocial care.*

KEYWORDS *Permanent education. Public health policies. health human resource training. Mental health. Mental health services.*

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Vitória (ES), Brasil.
mussio.mattos@ufob.edu.br

²Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob), Centro das Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) - Barreiras (BA), Brasil.



Introdução

Apesar de já ter obtido alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde no Brasil não tem sido suficiente para a mudança das práticas¹, inclusive na área da saúde mental. Logo, há uma necessidade crescente de formação e desenvolvimento desses profissionais, a partir de ações de educação permanente, com o intuito de ressignificar seus perfis de atuação, para o fortalecimento da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu na década de 1980 e foi disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)^{2,3}. Desde então, começou a ser estruturada pelas controvérsias presentes em sua nomenclatura⁴.

Considerando que o Artigo 200 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu que cabem ao SUS o ordenamento e a formação dos recursos humanos na área da saúde⁵, iniciativas foram tomadas – entre elas, a criação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), no ano de 2003 – com a missão de formular políticas orientadoras da formação, gestão, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil⁶. E isso culminou, em 2004, no lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁷, a qual foi alterada, em 2007, pela portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.996⁸, visando fortalecer o SUS.

Nesse marco normativo⁸, a EPS foi compreendida como uma proposta de aprendizagem no trabalho, a partir das relações orgânicas entre o ensino e as ações nos serviços, e entre a docência e a atenção à saúde, bem como das relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Neste contexto, é importante notar as diferenças conceituais entre os termos EPS e Educação Continuada (EC), que muitas vezes vem sendo erroneamente utilizados enquanto sinônimos no Brasil. A EC objetiva a atualização do trabalhador, complementando a sua formação ao apoiá-lo em atividades institucionais. Há o predomínio

de uma concepção de educação instrumental, organizada de forma vertical, com cursos e treinamentos^{9,10}. Por outro lado, a EPS valoriza o trabalho como fonte de saberes, colocando na sua organização a noção de aprendizagem significativa, que vincula esta aprendizagem à problematização dos processos¹¹.

Assim, a EPS constitui uma iniciativa especialmente importante no campo da saúde mental, uma vez que um dos grandes desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira é a adequada formação de profissionais para o trabalho intersetorial e interdisciplinar, que produza a superação do paradigma da tutela e do estigma do preconceito¹². Por este olhar, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) consiste em um campo frutífero, promissor e vigoroso de transformação da saúde mental e da psiquiatria no mundo¹³. Nesta direção, o tratamento deixa de ser a exclusão e os espaços de violência, e passa a estimular profissionais, usuários e familiares a se tornarem os novos protagonistas do cuidado¹⁴.

Para isso, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) se esforça para integrar espaços essenciais para o cuidado em saúde mental: a Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família, as Equipes de Consultórios de Rua e os Centros de Convivência e Cultura; a Atenção Especializada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em suas modalidades; a Atenção de Urgência e Emergência; a Atenção Residencial de Caráter Transitório; a Atenção Hospitalar; e as Estratégias de Desinstitucionalização, com os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa¹⁵.

Destaca-se que os Caps constituem núcleos fundamentais para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes¹⁶. Estes dispositivos estão pautados no atendimento territorializado e enfatizam a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação^{14,15}. Entretanto, na saúde mental, as formações tradicionais de seus profissionais são caracterizadas pelo modelo biomédico¹⁷, o que distancia, por

vezes, suas abordagens dos aspectos desafiadores da RPB e da PNSM. Além disto, Guimarães e Rosa¹⁸ destacam a clara intenção de uma reintrodução da lógica manicomial para os assistidos dos serviços de saúde. Desta forma, torna-se importante repensar e reestruturar estratégias de formação profissional em consonância com os desafios da política de saúde mental¹⁹ e centradas nas necessidades da população^{16,20-22}.

Nessa perspectiva, a forma como a EPS é realizada nos Caps passa a ser o divisor de águas diante das novas demandas²³, ampliando a relação ensino-aprendizagem que deve existir no processo de trabalho. Ou seja, problematiza o objetivo da saúde mental, implicando mudanças nas práticas e nos saberes, que são apostas fundamentais da RPB e da PNSM, sendo importante compreender a EPS dentro do SUS e na geração de mudanças no cotidiano dos Caps. Neste sentido, o objetivo do presente estudo é compreender a apropriação da EPS no contexto dos Caps e suas iniciativas no Brasil, por meio de uma revisão integrativa da literatura.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura sobre a EPS nos Caps. Este tipo de revisão busca sistematizar o conhecimento científico disponível, aproximando o pesquisador da problemática que deseja apreciar, possibilitando conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e visualizar oportunidades, lacunas ou questões de pesquisa²⁴.

Seis etapas²⁵ foram utilizadas para a construção desta revisão: (i) identificação da questão norteadora da pesquisa; (ii) estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos; (iii) definição de informações a serem extraídas dos artigos selecionados; (iv) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (v) análise de dados; e (vi) interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Foi utilizado o *guideline* Prisma²⁶ para sistematizar o processo de pesquisa da presente revisão. O estudo partiu da seguinte questão norteadora:

‘Como a EPS tem sido apropriada pelos Caps?’. Além desta, pelas questões específicas: ‘Como está caracterizada, conceitualmente, a EPS nos Caps?’ e ‘Quais os resultados obtidos a partir das iniciativas de EPS nos Caps?’.

Para a seleção dos trabalhos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais de trabalhos que abordassem o conceito de EPS e o seu desenvolvimento nos Caps, no Brasil; trabalhos cujos objetivos se referissem a iniciativas de EPS desenvolvidas nos Caps; e trabalhos sobre percepções quanto à mudança da prática profissional a partir dessas iniciativas. O levantamento compreendeu trabalhos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2007 a 2019. Tal recorte foi definido por contemplar o período de vigência da Portaria nº 1.996/2007 da PNEPS^{4,8}.

Foram excluídos os trabalhos duplicados, portarias, editoriais, artigos de opinião, relatos de experiência, monografias, teses e dissertações, bem como os documentos e resumos de seminários, congressos, cursos e aqueles não encontrados na íntegra. A busca da literatura e a seleção das publicações foram realizadas por dois revisores, de forma independente, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line), SciELO (Scientific Electronic Library Online); BDENF (Base de Dados de Enfermagem); Google Acadêmico; e Scopus (SciVerseScopus).

Os descritores utilizados para busca foram selecionados a partir do vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, inglês e espanhol: ‘educação permanente’, ‘*permanent education*’, ‘*educación permanente*’, ‘educação continuada’, ‘*continuing education*’, ‘*educación continua*’, ‘educação permanente em saúde’, ‘*permanent health education*’, ‘*educación permanente em salud*’, ‘educação em saúde’, ‘*health education*’, ‘*educación em salud*’, ‘saúde mental’, ‘*mental health*’, ‘*salud mental*’, ‘serviços de saúde mental’, ‘*mental health services*’ e ‘*servicios de salud mental*’. Tais descritores foram

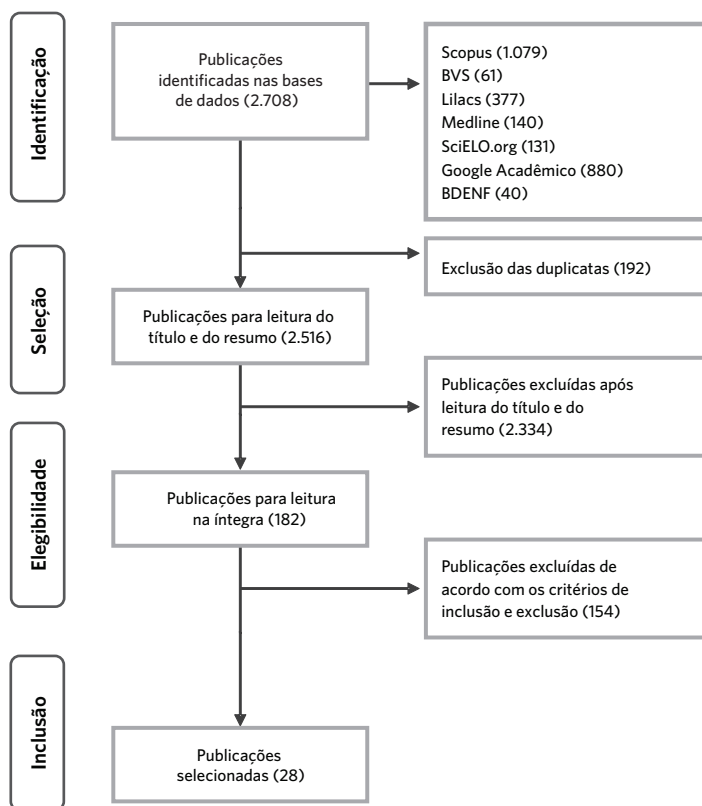
combinados com o auxílio dos operadores booleanos (*AND* e *OR*).

Ainda que esta revisão tenha o objetivo de evidenciar a apropriação sobre a temática da EPS desenvolvida nos Caps, no Brasil, a escolha pelo descritor ‘educação continuada’ se deu por conta da confusão conceitual referente ao termo EPS e, conseqüentemente, por sua utilização inadequada em textos e artigos científicos. As publicações foram gerenciadas no aplicativo Mendeley (<https://www.mendeley.com/>), para a remoção das duplicatas. A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e outubro de 2019, utilizando uma planilha do Microsoft Excel®, contendo os seguintes termos: base de dados; número total de artigos encontrados; nome do periódico; título do artigo; autores; ano de publicação; região de publicação; e resumo.

A sistematização da seleção das publicações está apresentada em um fluxograma²⁶ (figura 1), com a descrição das etapas de busca e o quantitativo de publicações em cada uma das bases. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e dos resumos de todas as 2.516 publicações, selecionadas pelos dois revisores de forma independente. Nessa etapa, foram excluídos 2.334 textos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Estudos com métodos mistos (quantitativo e qualitativo) também foram incluídos.

Em seguida, foi realizada a leitura, na íntegra, de 182 publicações, atentando novamente para os critérios de inclusão e exclusão, o que também auxiliou na categorização das informações extraídas das publicações. Dessa forma, foi atingido um número final de 28 publicações selecionadas para a revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das publicações para a revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria.

Para o exame dos estudos incluídos, utilizou-se a análise de conteúdo temática²⁷. Na etapa de pré-análise, foi realizada a exploração do material, além do tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Nessa etapa também foram realizadas a organização das informações e a sistematização das ideias iniciais mediante à leitura flutuante dos dados, destacando elementos principais com a finalidade de identificar possíveis categorias de análise. Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material, que consistiu na codificação, classificação e agregação dos dados, e na elaboração das categorias empíricas responsáveis pela especificação do tema: Concepção sobre EPS nos Caps; Produção do cuidado e a aproximação com a EPS nos Caps; Fatores intervenientes e características da EPS nos Caps; e Fatores facilitadores e dispositivos de EPS nos Caps.

Para a avaliação dos estudos qualitativos, foi utilizado o instrumento proposto pelo Critical Appraisal Skills Programme (Casp)²⁸, empregado na análise crítica de relatos de pesquisas qualitativas. Este instrumento apresenta dez questões que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre o rigor, a credibilidade e a relevância do estudo, considerando: (i) objetivo claro e justificado; (ii) desenho metodológico apropriado aos objetivos; (iii) procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; (iv) seleção da amostra; (v) coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação explicitados; (vi) explicitação da relação entre pesquisador e pesquisado; (vii) cuidados éticos; (viii) análise densa e fundamentada; (ix) resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e o uso da triangulação; e (x) descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações.

Os artigos foram pontuados, em cada critério, como: 1 – se o critério foi atendido; 0 – se

o critério não foi atendido; 0,5 – se o critério foi parcialmente atendido. A pontuação máxima para um trabalho foi 10. Os estudos foram classificados em duas categorias: na categoria A, foram classificados os estudos com alto rigor metodológico, uma vez que preencheram ao menos nove dos dez itens; na categoria B, foram classificados aqueles com moderado rigor metodológico, quando pelo menos cinco dos dez itens foram atendidos; e, para os estudos que atingiram menos de cinco itens, não se aplicou a classificação²⁸⁻³⁰.

Resultados e Discussão

Características dos estudos selecionados

Das publicações analisadas para este estudo, 28 foram incluídas na revisão³¹⁻⁵⁸. Verificou-se que todos os artigos selecionados estavam em português, utilizaram métodos qualitativos, e um apresentou método misto (1/28). Os dados foram organizados expondo as características dessas produções (*quadro 1*), segundo autores, título, periódico, estratégia de estudo, abordagem de pesquisa e escore Casp. Todos foram publicados entre 2009 e 2019. Observou-se um crescimento no número de publicações dos últimos anos, com um pico em 2017 (7/28). Na avaliação do rigor metodológico, segundo critérios Casp, 7% dos estudos^{49,51} foram classificados como B (moderado rigor metodológico). As ausências da explicitação entre pesquisador e pesquisado, e dos procedimentos metodológicos apresentados e discutidos, pontuaram negativamente e contribuíram para esse moderado rigor metodológico (*gráfico 1*). A partir do material selecionado, foram elaboradas quatro categorias empíricas, incluídas nessa revisão integrativa.

Quadro 1. Características da produção do conhecimento em estudos sobre Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial, 2009-2019

Autor	Título	Periódico	Estratégia do Estudo	Abordagem da Pesquisa	Escore Casp
Pinheiro; Hypólito; Kantorski (2019) ³¹	Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental	Journal of Nursing and Health	Estudo descritivo e analítico por meio do círculo hermenêutico-dialético em um Caps II, em um município do Rio Grande do Sul	Qualitativa	A
Vasconcelos; Barbosa (2019) ³²	Conhecimento de gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre matriciamento em saúde mental	Ciência, Cuidado e Saúde	Estudo descritivo e exploratório na Raps - Caps II e Caps AD III - em Arcoverde (PE)	Qualitativa	A
Nunes et al. (2019) ³³	A tecnologia grupal no cuidado psicossocial: um diálogo entre pesquisa-ação e educação permanente em saúde	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Pesquisa-ação por meio do Arco de Maguerez, realizada em 29 Caps de 23 municípios da Região Centro-Oeste brasileira	Qualitativa	A
Silva; Camargo; Bezerra (2018) ³⁴	Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo descritivo e exploratório com grupos focais em sete Caps do estado de Goiás	Qualitativa	A
Cescon; Capozzolo; Lima (2018) ³⁵	Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial	Revista Saúde e Sociedade	Pesquisa-intervenção com a utilização de prontuários, fluxo de atendimentos, diário de campo e entrevistas semiestruturadas, em um Caps III do município de São Paulo (SP)	Qualitativa	A
Evangelista et al. (2018) ³⁶	Residência Integrada em Saúde Mental: cuidado a Rede de Atenção Psicossocial	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Estudo descritivo e analítico por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas, com gerentes e profissionais Caps de quatro municípios do Ceará	Qualitativa	A
Wetzel; Kohlrausch; Pavani et al. (2018) ³⁷	Análise sobre a formação interprofissional em serviço, em um Centro de Atenção Psicossocial	Interface - Comunicação, Saúde e Educação	Estudo de avaliação da Quarta Geração e círculo hermenêutico-dialético, com entrevistas em Caps AD de um município do Rio Grande do Sul	Qualitativa	A
Silva; Ness; Guanaes-Lorenzi (2018) ³⁸	Educação Permanente em Saúde Mental: momentos críticos na análise do processo grupal	Paidéia	Estudo participativo por meio da intervenção com foco explicativo em um Caps III de um município brasileiro	Qualitativa	A
Bermudez; Siqueira-Batista (2017) ³⁹	‘Um monte de buracos amarrados com barbantes’: o conceito de rede para os profissionais de saúde mental	Revista Saúde e Sociedade	Estudo com a utilização de entrevistas semiestruturadas em serviços de saúde mental (Caps II) de um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.	Qualitativa	A
Abrahão; Azevedo; Gomes (2017) ⁴⁰	A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial	Revista Trabalho, Educação e Saúde	Estudo descritivo por meio de observação simples e grupo focal em Caps II e Caps AD no Rio de Janeiro	Qualitativa	A
Leite; Rocha (2017) ⁴¹	Educação Permanente em Saúde: como e em que espaços se realiza, na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre (RS)	Estudos de Psicologia	Estudo realizado com entrevistas semiestruturadas na Raps, com profissionais Caps em Porto Alegre (RS)	Qualitativa	A
Pinho et al. (2017) ⁴²	Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack	Revista Baiana de Enfermagem	Estudo de avaliação da Quarta Geração em um Caps AD no município da Região Metropolitana de Porto Alegre (RS)	Qualitativa	A

Quadro 1. (cont.)

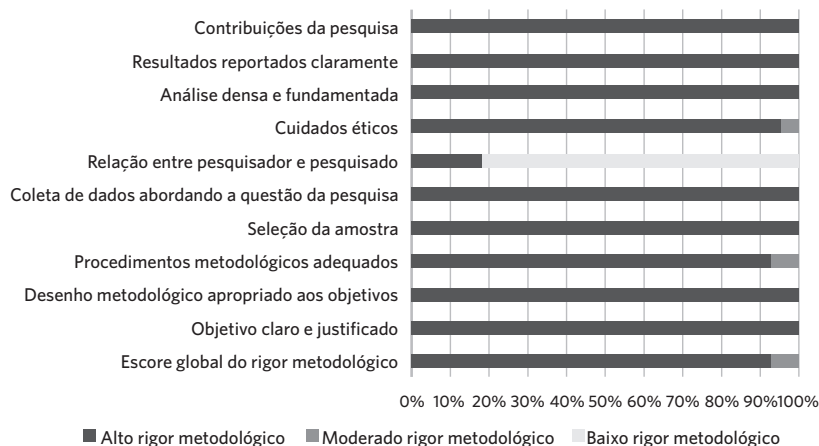
Autor	Título	Periódico	Estratégia do Estudo	Abordagem da Pesquisa	Escore Casp
Ferreira et al. (2017) ⁴³	Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Estudo por meio de narrativas e diários de campo, em um Caps III de João Pessoa (PB)	Qualitativa	A
Onocko-Campos et al. (2017) ⁴⁴	Indicadores para a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desempenho participativo	Saúde em Debate	Estudo avaliativo por meio de processo participativo nos Caps III, no estado de São Paulo	Qualitativa	A
Rézio et al. (2017) ⁴⁵	O PET-Redes como transformador das práticas profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Estudo descritivo e exploratório por meio de entrevistas semiestruturadas, com profissionais de um Caps II em um município do Mato Grosso	Qualitativa	A
Vasconcelos et al. (2016) ⁴⁶	Projeto Terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Estudo baseado na hermenêutica por meio de entrevistas semiestruturadas, com profissionais de dois Caps na Região Metropolitana de Fortaleza (CE)	Qualitativa	A
Salvador; Pio (2016) ⁴⁷	Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental	Saúde em Debate	Estudo realizado com grupos focais em um Capsi.	Qualitativa	A
Oliveira; Caldana (2016) ⁴⁸	Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial	Estudos Interdisciplinares em Psicologia	Estudo realizado com entrevistas semiestruturadas nos Caps III, Capsi e Caps AD de um município no estado do Pará.	Qualitativa	A
Rosa et al. (2016) ⁴⁹	Inovações na formação em saúde: o programa de educação pelo trabalho – saúde mental	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Estudo descritivo com entrevistas semiestruturadas realizadas nos Caps AD e Capsi Niterói (RJ)	Qualitativa	A
Costa et al. (2015) ⁵⁰	Desafio do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na Atenção Básica	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Estudo com entrevistas semiestruturadas no Caps III de um município do estado de São Paulo	Qualitativa	A
Azevedo et al. (2014) ⁵¹	Avaliação da assistência em saúde, em um Centro de Atenção Psicossocial, na perspectiva dos profissionais	Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde	Estudo avaliativo desenvolvido no Caps III do município de Caicó (RN)	Qualitativa e Quantitativa	B
Silva et al. (2013) ⁵²	Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Estudo descritivo com entrevistas semiestruturadas de coordenadores, em todos os Caps no interior de Goiás	Qualitativa	A
Minozzo; Costa (2013) ⁵³	Apoio matricial em saúde mental entre Caps e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis	Psico-USF	Pesquisa-ação com questionários, discussões, leituras e reflexões no Caps III	Qualitativa	A
Minozzo; Costa (2013) ⁵⁴	Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a Saúde da Família na clínica da crise	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	Pesquisa-ação com questionários, discussões, leituras e reflexões no Caps III	Qualitativa	A
Azevedo; Gondim; Silva (2013) ⁵⁵	Apoio matricial em saúde mental: percepção dos profissionais no território	Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental	Estudo descritivo com entrevistas semiestruturadas de profissionais do Caps III do município de Caicó (RN)	Qualitativa	A
Ballarin; Blanes; Feringato (2012) ⁵⁶	Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais de saúde mental	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Estudo descritivo com entrevistas semiestruturadas, com profissionais Caps	Qualitativa	A

Quadro 1. (cont.)

Autor	Título	Periódico	Estratégia do Estudo	Abordagem da Pesquisa	Escore Casp
Vargas; Duarte (2011) ⁵⁷	Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (Caps AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Estudo exploratório com entrevistas semiestruturadas em 13 Caps do município de São Paulo (SP)	Qualitativa	A
Onocko-Campos et al. (2009) ⁵⁸	Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental	Revista de Saúde Pública	Estudo avaliativo realizado com 20 grupos focais, em seis Caps III de Campinas (SP)	Qualitativa	A

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 1. Sumarização do rigor metodológico global de estudos selecionados para revisão integrativa sobre a EPS nos Caps, no Brasil (2009-2019)



Fonte: Elaboração própria.

Concepção sobre EPS nos Caps

Segundo a corrente mais aceita no Brasil, a EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem, centrada na valorização do trabalho como fonte de conhecimento⁵⁹. Neste sentido, a EPS valoriza o trabalho como fonte de saberes, colocando a própria organização do trabalho e da prática cotidiana como base para reflexão e produção de conhecimento, com o desenvolvimento de ações educativas interdisciplinares, contextualizadas com as reais necessidades de saúde e por meio de uma participação coletiva^{59,60}.

Os resultados deste estudo apontam compreensões distintas em relação à concepção de EPS. Nesta direção, observa-se que há uma grande necessidade de ações de educação permanente em saúde mental, principalmente, pela especificidade desta área de conhecimento no setor saúde. Também porque muitos profissionais de saúde inseridos nos serviços tiveram sua formação acadêmica anterior ao processo de reforma psiquiátrica. Então, a academia não conseguiu, ao longo do tempo, trabalhar a temática em consonância com a PNSM⁵².

Assim, das 28 publicações, dez (35,71%) evidenciaram as concepções de

EPS^{31-33,35-37,39,41,43,53}. Em alguns estudos, os discursos dos trabalhadores Caps apresentaram uma aproximação com a abordagem problematizadora de Paulo Freire, por meio de uma educação crítica e dialógica, que objetiva, para o educando, uma aprendizagem em termos de cultura, consciência social e política, proporcionando conhecimento de forma organizada e sistematizada, transformando o indivíduo no sujeito social de uma práxis libertadora^{31,39,41}. Neste sentido, os trabalhadores Caps percebem a EPS como um instrumento de trabalho que possibilita a reflexão e a problematização das práticas, e favorece a sua própria participação na tomada de decisões e no aperfeiçoamento do processo de trabalho. Ou seja, os trabalhadores assumem a tomada de consciência como ponto de partida para o percurso, que vai da aprendizagem à conscientização e ação transformadora^{31-33,35-37}.

A EPS pautada em concepções freireanas tem como característica principal a transformação da realidade, com a possibilidade de construção do cuidado qualificado⁶¹. Destaca-se que a pedagogia de Paulo Freire serviu como referencial teórico da PNEPS pela sua relação com a formação permanente dos profissionais, a partir da problematização da realidade cotidiana⁶². A proposta de Paulo Freire segue com as necessidades do SUS, uma vez que considera o indivíduo como um agente ativo, que necessita ser empoderado e reconhecido como figura central.

Assim, é importante destacar que a EPS promove a melhoria da gestão do trabalho por fortalecer e valorizar a relação entre a equipe, criar e facilitar espaços de trocas e produção do conhecimento, além de ampliar o diálogo⁶³. A EPS também tem como finalidade contribuir para cada coletivo analisar o próprio trabalho e ampliar a sua capacidade de responder às necessidades dos usuários, através da reinvenção do seu mundo de trabalho, em especial⁶⁴. Nesta perspectiva, pode-se observar que os trabalhadores Caps aproximam-se de tal premissa ao perceberem que podem modificar hábitos arraigados e estimular práticas colaborativas

e pautadas na ação-reflexão-ação, ou seja, propor mudanças que tragam melhorias para a qualidade do trabalho^{31-33,35-37,39,41,43,52}.

Os trabalhadores Caps^{37,39,41} destacam o papel fundamental do repensar transformador das práticas instituídas. Além disto, se aproximam das concepções aqui discutidas e descrevem a importância de transformar a realidade a partir do processo de trabalho, no qual deve haver reflexão e responsabilidade compartilhada. Neste sentido, os trabalhadores destacam que educação permanente é coisa do dia a dia, e que fazem a EPS em quase todo momento, dentro do serviço⁴¹. Logo, os estudos revelam que a inserção de metodologias ativas, como a problematização em contexto de Caps^{31,33}, possibilita a percepção da autonomia e o aprendizado dos trabalhadores, bem como garante espaços de reflexão nas instituições de saúde mental. Tal situação contribui para um desvio do saber tradicional hegemônico, e para o respeito aos contextos e às singularidades de cada serviço.

A concepção de EPS pelos trabalhadores Caps também se aproximou do conceito de EC, com ações técnicas e de atualização do saber. Profissionais e gestores Caps referem que realizar a EPS é formatar capacitações a partir de uma necessidade ou demanda, e que, através dela, poderiam resolver muito mais coisas^{32,41,52}. Além disto, destacam que cursos e capacitações contribuem para a atualização de conhecimentos. Porém, entende-se que a EC emerge da necessidade de capacitar grupos de trabalhadores da saúde inseridos nos serviços, com o predomínio de uma concepção de educação instrumental, que enfatiza ações técnicas de aquisição sequencial e acumulativa de informações, organizadas de forma vertical, por meio de cursos e treinamentos com foco nas categorias profissionais^{65,66}.

Nessa direção, torna-se importante destacar que capacitação técnica e EPS seguem juntas no cenário de trabalho em saúde mental, fomentando práticas comprometidas com o cuidado integral, promotoras de autonomia para os usuários e de sentido para

os profissionais. Uma não exclui a outra; ao contrário: agregadas, podem potencializar as mudanças e fortalecer as diretrizes da RPB⁴¹. A EC faz parte da EPS, que tem como pressuposto a aprendizagem que abrange a prática diária dos profissionais, e esse viés rompe com a lógica tradicional dos procedimentos técnicos estabelecidos e remete à singularização dos processos de cuidado, construídos de maneira compartilhada⁶⁷.

Ao longo das discussões, em uma vivência com trabalhadores de um Caps Álcool e Drogas (Caps AD)⁶⁸, percebeu-se um paradoxo: por um lado, a iniciativa da equipe, de buscar formação de maneira autogestionária. Por outro lado, há uma expectativa do grupo por uma organização mais formal do processo de ensino-aprendizagem em serviço. Além disso, a equipe relatou acreditar que uma discussão teórica pode reverberar na prática, pois nesse processo de absorção de informação há alguma mudança⁶⁸. Portanto, nesta experiência há uma lógica educacional centrada na reprodução de conceitos e práticas instituídas na educação tradicional ou bancária.

Ainda nessa perspectiva, a EPS também foi uma questão levantada pelos sujeitos de outro estudo, e está relacionada com a qualidade das atividades oferecidas pelos serviços⁵². Além disso, os coordenadores desses equipamentos de saúde mental também mencionaram a necessidade de capacitações e atualizações para minimizar as dificuldades. Tal olhar também evidencia o direcionamento do modelo tradicional de educação, pautado no saber técnico-científico, a partir da transferência de conteúdo. Assim, Stroschein e Zocche⁶⁹ defendem que a EPS não se torna efetiva quando dá espaço para a reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais e enraizadas no modelo tradicional de atenção.

Na medida em que a EPS deixa de existir, considera-se que a efetivação da PNSM fica prejudicada, pois não há discussões inerentes ao exercício profissional⁵². Na clínica dos Caps, onde se trabalha com sofrimento psíquico, é importante colocar na roda os problemas

que surgem no cotidiano, em busca do empoderamento dos trabalhadores⁶⁸. Logo, como não se distanciar da lógica da EPS em uma prática formal/tradicional? É importante que a EPS e a EC sejam complementares e não substitutivas, para que os atravessamentos do cotidiano mantenham ‘viva’ a forma autônoma e criativa das equipes de atenção psicossocial.

Produção do cuidado e a aproximação com a EPS nos Caps

A RPB surge como um processo ético, político e social, que busca pautar uma série de ressignificações no modelo de cuidado em saúde mental, afetando trabalhadores, usuários, familiares e gestores, além de apresentar significativa interferência no território e no imaginário das pessoas envolvidas¹². Os Caps surgem neste processo com o objetivo de viabilizar a desinstitucionalização. Assim, na saúde mental, o vínculo, a rede e a integralidade são operadores fundamentais para a execução de um trabalho alinhado às diretrizes e à construção de uma efetiva rede de cuidados³⁹.

Os resultados do presente estudo revelaram a produção do cuidado realizado pelos profissionais do Caps no cotidiano do trabalho e a aproximação com a EPS. Das 28 publicações, em 23 (82,14%) delas foi evidenciada a produção do cuidado nos Caps^{32,33,35-49,51,52,54,55,58}. Ainda que a RPB tenha impulsionado avanços significativos no campo das práticas de cuidado em saúde mental, no modelo de atenção psicossocial, o modelo manicomial não foi totalmente vencido³². Para compreender esse processo concebido na lógica territorial, serão aqui analisados os artigos que desembocam nesse desfecho^{32,35-37,43,44}. O Caps deve acolher os usuários de um determinado território e encaminhá-los, quando necessário, a outros equipamentos e serviços referentes ao mesmo território⁴³. Eles configuram serviços de base territorial. Milton Santos⁷⁰ discute a dimensão geopolítica do território, colocando em foco as produções sociais destes – em especial, políticas e carregadas de subjetividades.

A organização dos serviços, por outro lado, possibilita que o território de responsabilidade dos Caps seja considerado muito grande para a reduzida equipe de pessoal, como destacado por um profissional, que afirmou que os quadros de saúde mental, ainda que leves e moderados, são todos direcionados para os Caps III³⁵. Assim, é possível refletir sobre as dificuldades encontradas e a importância das ações de mapeamento do território vivo⁷¹. Este se configura a partir do planejamento e da sequência de ações e arranjos territoriais mais favoráveis a um rendimento máximo na organização da vida individual e coletiva das pessoas.

Nesse caminho, no estudo realizado por Evangelista et al.³⁶, as ações com base territorial desenvolvidas pelos residentes ultrapassaram os muros dos Caps – o que foi ilustrado, nas falas, por “*sair do Caps*”, “*fora do Caps*” ou “*extra Caps*” – como pressupostos da RPB e repletos de possibilidades para responder à necessidade de saúde da comunidade. Os trabalhadores ressaltaram a relevância e o contínuo desafio da atuação com base no território, orientando processos de desinstitucionalização de pessoas com agravos em saúde mental³⁶. Por outro lado, psicólogos que atuam no Caps relatam que não reconhecem o trabalho territorial como prática psicológica⁴⁸. Aqui, é possível observar uma aproximação com a clínica tradicional nos Caps e um distanciamento do olhar para o usuário no território, com seus condicionantes.

É importante salientar que o conceito de território é apreendido de formas distintas no campo da saúde. Para os profissionais do Caps III de João Pessoa (PB), ser de base territorial implica demarcar sua vinculação a um conjunto de equipamentos e outros serviços, com vistas à atenção à saúde de um grupo populacional, em um dado território geográfico^{43,72}. Assim, os Caps têm como função ordenar as redes de cuidado, possibilitando encaminhamentos dos usuários em fluxos. Porém, em uma reunião de equipe, um profissional apontou a dificuldade para articular o território com as redes informais. Ele defendeu a importância de

conexões/parcerias com grupos comunitários presentes nos territórios⁴³. O desconhecimento da vida pulsante nas esquinas das casas dos usuários é imenso, dado que os profissionais não sabem dizer, sem consultar os prontuários, em que bairros vivem esses usuários.

O trabalho em redes é relacional e configura uma forma de cuidar que se sustenta nas interações entre os sujeitos³⁹. Neste sentido, estudos destacam as subjetividades, as demandas e os conflitos de uma rede que não é inerte^{39,42-44,48,58}. Pinho et al.⁴² dizem que, nos serviços de saúde mental que trabalham com álcool e outras drogas, a intersetorialidade parece urgente, dada a impossibilidade de os serviços responderem sozinhos às demandas e complexidades dos sujeitos. Eles seguem afirmando que o cuidado ao usuário de crack está centrado em uma rede fragmentada. Porém, os gestores apresentam uma avaliação diferente ao dizerem que os serviços são visíveis e reconhecidos. Assim, surge uma questão crucial, que é a necessidade de pensar quais recursos devem ser considerados, pelas equipes Caps, como passíveis de acionamento frente a esse paradigma⁴³. Afinal, o trabalho em rede vem ganhando movimento^{48,58} e é caracterizado como um importante indicador⁴⁴ para reorientar o modelo de atenção em saúde mental. O modelo encontrado pelos profissionais Caps para a produção desse indicador evidencia a importância do trabalho compartilhado para captar as capacidades do trabalho interprofissional e intersetorial.

É importante destacar que muitos profissionais relataram a falta de formação acadêmica para a atuação em grupos de cuidado em saúde mental^{32,33}. Desta forma, a EPS contribui para um movimento de ressignificações, colocando o processo de trabalho em análise e dando visibilidade a formas cristalizadas enquanto fornece subsídios para novas formas de cuidado⁴³. A EPS é um dispositivo importante para esse cenário, já que contribui para mudanças nas práticas em saúde, considerando a integralidade como um princípio da formação profissional⁴⁹. Assim, nos debates

travados entre os membros da equipe, alguns profissionais trouxeram as concepções que norteiam o cuidado ofertado em saúde mental. Um profissional do Caps afirmou que muitos trabalhadores da própria equipe apresentam lógicas manicomiais e não oferecem assistência de acordo com as diretrizes do Caps⁴³. Para Onocko-Campos⁷³, o processo de RPB e luta antimanicomial tem criado focos de cegueira e espaços recalcados de esvaziamento da discussão da clínica nos serviços substitutivos de saúde mental.

Apesar da RPB, alguns profissionais de saúde percebem o portador de transtorno mental como um ‘paciente’ incapaz de exercer seus direitos e deveres⁵⁵. Além disto, a fragmentação do saber e a pouca articulação entre os profissionais no desenvolvimento de práticas multiprofissionais são fatores a serem reformulados, a fim de que realizem processos de cuidado mais condizentes com as demandas dos usuários⁴⁹. Neste ínterim, torna-se importante apontar a necessidade de uma clínica para além da tradicional e avançar na discussão sobre a eficácia do cuidado em saúde mental. A clínica ampliada⁴⁶ traz aproximações com a clínica peripatética, como descreve Lancetti⁷⁴, praticada em movimento, no ‘dentro-fora’ dos consultórios, nos espaços e tempos traçados. A aproximação com as realidades locais favorece que a EPS possa ser uma estratégia facilitadora de leitura dos contextos, além de provocar modificações no cuidado em saúde mental, de mãos dadas com a RPB⁴¹.

Embora os profissionais reconheçam a importância da escuta^{35,45} e do vínculo⁵² como formas de atenção e suporte, também identificam obstáculos para o cuidado diferenciado. Eles relatam que a quantidade insuficiente de profissionais dificulta o acolhimento e a escuta de forma singular. Um efeito que aparece nas tensões do cotidiano de trabalho é a transferência de responsabilidade, por parte das equipes, nas discussões sobre a produção do cuidado⁴⁰. O discurso pelo ‘comum’ aparece nas falas dos trabalhadores de um Caps AD, em busca de uma equipe mais homogênea.

Porém, como os usuários possuem características heterogêneas, a pluralidade em busca da equidade, e não da igualdade, seria a ferramenta mais eficaz enquanto princípio do SUS para acolher os diferentes⁶⁸.

Vasconcelos et al.⁴⁶ fomentam discussões a partir da corresponsabilização entre equipe, usuários e família, na perspectiva da produção da autonomia, em dois Caps da Região Metropolitana de Fortaleza (CE). Por outro lado, os desafios crescem em diferentes equipamentos de saúde mental. Certa equipe de um Caps Infantojuvenil (Capsi), por exemplo, destacou as crianças pela pouca visibilidade no cenário da saúde como um todo, assim como em relação à saúde mental, e a falta de formação profissional para atuar com crianças e adolescentes⁴⁷. Nesta perspectiva, o cuidado pode ser direcionado, em muitos casos, à família, não considerando os desejos, a responsabilidade e a subjetividade da criança.

A responsabilização no cuidado também foi evidenciada nas falas de outros profissionais, como estratégia para viabilizar a atenção contínua³⁹, destacando a família como essencial nesse processo. No tratamento dos usuários, os familiares são fatores importantes, que contribuem para que o cuidado também seja direcionado ao núcleo social, e influenciam a recuperação do usuário Caps^{38,45,51,58}. Assim, reforça-se a importância da inclusão de todos os envolvidos na prática do cuidar, a fim de estimular a promoção da autonomia dos sujeitos.

Fatores intervenientes e características da EPS nos Caps

As evidências em relação aos fatores intervenientes e às características da EPS nos Caps identificam os problemas atrelados à dificuldade de operacionalização dos serviços, tais como: limites de tempo e pouco incentivo dos gestores; *deficit* na formação acadêmica de profissionais e gestores; vínculos empregatícios precários; desvalia no processo de transformação; falta de conhecimento dos procedimentos Caps; ausência de qualificação;

impossibilidade de registro dos profissionais que atuam no Caps, no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO); sobrecarga no processo de trabalho; não reconhecimento de espaços de formação; e precariedade de recursos físicos, humanos e materiais. Alguns destes fatores se assemelham aos encontrados em revisão sobre a EPS na APS⁷⁵ e no processo de trabalho nos Caps⁷⁶. Desta forma, apontam, em consonância com o presente estudo, as deficiências que precisam ser enfrentadas para que ocorra a legitimação de uma política educativa com a valorização das atividades psicossociais.

Das 28 publicações analisadas, 16 (57,14%) evidenciaram os fatores intervenientes e características da EPS nos Caps^{31-35,37,38,40,42,50-53,55,57,58}. No estudo de Pinheiro, Hypólito e Kantorski³¹, os profissionais percebem a EPS como instrumento de trabalho que possibilita reflexões e problematizações, porém relatam a dificuldade de operacionalização com os limites de tempo e o pouco incentivo dos gestores. Abrahão, Azevedo e Gomes⁴⁰ também destacam, nas narrativas dos profissionais, a falta de investimento da gestão em ações de formação no serviço, assim como a emergência de um sentimento de não reconhecimento e de desvalorização dos seus trabalhos.

Nessa direção, outro estudo⁵² refere que os coordenadores também sinalizam a falta de incentivo e de consentimento, por parte dos gestores municipais, para que frequentem cursos de especialização. Os profissionais destacam uma necessidade frequente de apoio e de suporte da gestão no campo da formação na atenção psicossocial, pois a ausência desse tipo de atitude pode prejudicar a participação dos profissionais em busca de formação específica. Por exemplo, a enfermeira de um Caps AD afirma que, para participar de capacitações, é necessário que o profissional faça reposição de sua carga horária, o que contribui para a baixa procura por tais iniciativas, mesmo quando os cursos de capacitação são gratuitos⁵⁷.

Os trabalhadores relataram que a seleção profissional geralmente ocorre por concursos públicos, processos seletivos e estratégias de

recrutamento, que levam em conta os conhecimentos adquiridos na universidade, quase sempre, por meio da educação bancária³³. Silva, Camargo e Bezerra³⁴ relatam que esses profissionais constantemente se referem a uma ausência de qualificação e, conseqüentemente, a um desconhecimento dos procedimentos Caps.

Em outro estudo, os trabalhadores Caps AD relataram a distância entre o que é ensinado na academia e o que é evidenciado na realidade dos serviços de saúde³⁷. E completaram, dizendo que as universidades não vêm conseguindo preparar profissionais para o comprometimento e a responsabilidade do trabalho no SUS e na saúde mental. É importante levar em consideração os resultados aqui encontrados, pois representam limites no processo de formação, e é preciso avançar diante dessas fronteiras.

Os coordenadores Caps apontam a superficialidade com que a saúde mental é abordada nos cursos de graduação, destacando que é comum receberem profissionais sem formação especializada em saúde mental. No entanto, ainda assim, não são oportunizados momentos de capacitação⁵². Diante disso, a qualificação profissional se torna distante da RPB^{55,57}.

Nesse sentido, Onocko-Campos et al.⁵⁸, em um estudo de avaliação da gestão dos Caps, destacam os indicadores construídos por profissionais do Caps III. Assim, foi proposto o questionamento sobre a participação dos gestores nas decisões clínicas e de formação continuada. Também enfatizou-se a necessidade de capacitações de qualidade e de flexibilização da gestão para a participação dos trabalhadores nos processos de formação permanente. É importante identificar avanços na construção dos indicadores, mas cabe aqui a reflexão: Qual o impacto de envolver os trabalhadores em ações de EPS com um forte desequilíbrio na relação de poder com os gestores⁶¹?

Nunes et al.³³ destacam que a maioria dos profissionais envolvidos na ação de EPS possuía vínculos empregatícios precários e fragilizados, em um estudo com 29 Caps, de 23 municípios da Região Centro-Oeste brasileira.

Nota-se que, ao se somar a insatisfação dos vínculos empregatícios^{52,58} à sobrecarga do dia a dia, aos conflitos e à precariedade dos recursos físicos, materiais e humanos^{40,53,58} e às diferenças nos regimes de trabalho e na condição salarial entre médicos e demais categorias⁵², é possível perceber os obstáculos para que os profissionais não acreditem na mudança do contexto em que estão inseridos. Além disso, em Goiás, os profissionais destacaram a falta de inclusão de determinadas categorias profissionais no CBO³⁴. Por exemplo, as ações desenvolvidas por farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, arteterapeutas ou psicopedagogos não podem ser registradas. Ou seja, os profissionais não se sentem incluídos nos Caps. Desta forma, é importante destacar a posição dos profissionais Caps na ação de EPS quando abandonaram o curso com o sentimento de desvalia no processo de transformação³³.

Corroborando os resultados encontrados nas publicações selecionadas, os profissionais estavam imersos no cotidiano de trabalho sem espaços para reflexão⁴⁰. As narrativas chamam a atenção para o não reconhecimento de espaços criativos para a produção do conhecimento. Em consonância, o grupo de um Caps AD relata a não necessidade de demarcar espaços de educação permanente, também percebendo a dificuldade de manterem uma agenda de encontros de formação⁶⁸. Costa et al.⁵⁰ identificam que alguns entrevistados de um Caps III consideram o apoiador como alguém que deve transmitir o conhecimento. Já Silva, Ness, Guanaes-Lorenzi³⁸, durante um registro reflexivo em um Caps III, descrevem o momento crítico de um facilitador ao compartilhar seu sentimento e sua avaliação diante de um grupo que estava paralisado em um ciclo de problemas. Em tais situações, percebem-se os desafios da busca pela EPS nos serviços de saúde mental em sua dimensão política.

Azevedo et al.⁵¹ destacam que a capacitação em saúde mental foi a temática mais referida na última questão da entrevista em um Caps III, como uma preocupação levantada pelos

participantes. Nesse mesmo estudo, notou-se um predomínio de profissionais jovens, o que indica uma formação recente na área. Foram levantadas questões relacionadas à formação desses trabalhadores, destacando-se positivamente os profissionais, no processo de trabalho, pela não vivência no modelo manicomial, o que evita práticas contrárias à RPB. Por outro lado, afirmaram que a formação desses trabalhadores não desenvolveu conhecimentos em atenção psicossocial, o que pode prejudicar a assistência à saúde. Outra questão levantada foi a necessidade de incluir os gestores municipais nos processos de capacitação profissional, pois muitos não compreendem a PNSM.

Minozzo e Costa⁵³ identificam a falta de comunicação e articulação entre os profissionais. Foi percebido o trabalho isolado de cada especialidade, o que gera falta de integração e de troca entre os profissionais. Além disso, as reuniões de equipe foram caracterizadas como espaços de falta de objetividade, dificuldade de escuta entre os colegas e pouca circulação da palavra, o que também despotencializa a comunicação e as trocas profissionais. Tais características demonstram a necessidade de maiores investimentos na qualificação, por meio da educação permanente dos profissionais que atuam nos Caps, a fim de atender às premissas da PNSM e da RPB.

Fatores facilitadores e dispositivos de EPS nos Caps

É no contexto e nas ações realizadas que os fatores facilitadores no cotidiano dos serviços contribuem para que a EPS encontre maneiras de se inserir e ampliar olhares com possibilidades de problematizar, repensar e rever os processos de trabalho em saúde. Segundo Merhy⁷⁷, todo processo comprometido com a educação permanente precisa ter força para gerar, no trabalhador, na produção do cuidado em saúde, transformações de sua prática, o que implica problematizar a si mesmo no agir.

Após a análise dos artigos selecionados no presente estudo, as evidências indicaram

agentes facilitadores e dispositivos como meios de desenvolver a EPS nos Caps: espaços de EPS por meio do diálogo; capacitações; cursos; seminários; reuniões de equipe; fórum intersectorial; cotidiano dos serviços; discussão de casos; trabalho em equipe; leitura de livros; apoio matricial; programas de residências; Programa de Educação pelo Trabalho/Rede de Atenção Psicossocial (PET-Raps); Projeto Terapêutico Singular (PTS); Projeto Terapêutico Individual (PTI); e supervisão clínico-institucional. Das 28 publicações, 26 (92,85%) evidenciaram os fatores facilitadores e dispositivos de EPS nos Caps^{31-33,35-50,52-58}.

Estudos sobre educação permanente em saúde mental demonstram que momentos de diálogos em uma perspectiva 'espaço-como' são importantes, como em cursos, capacitações, seminários, reuniões de equipe, fóruns ou no próprio cotidiano dos serviços^{31,41,42}. As reuniões de equipe são consideradas pelos profissionais como espaços de resgate de suas experiências cotidianas, a fim de ressignificá-las, além de entendê-las como desencadeadoras de uma ação de EPS^{31,41}. Ademais, os profissionais associam o conhecimento técnico e a reflexão sobre o que esse conhecimento pode produzir na prática específica de cada contexto⁴¹.

Na observação realizada nos Caps II e AD, multiplicavam-se os espaços compartilhados de produção do conhecimento e de cuidados em saúde, no horário do café, na hora do almoço, na oficina de convivência e nos diversos lugares onde os trabalhadores atuavam⁴⁰. Em suas narrativas, eles exploravam a necessidade de apoio no campo da formação, no trabalho Caps, pela possibilidade de produzir estratégias inovadoras que ampliassem o cuidado em saúde mental. Em outro estudo, os profissionais entrevistados trouxeram os Fóruns da Rede de Atenção Psicossocial à referência de 'como' e em que 'espaços' se realiza a EPS⁴¹. Desta forma, entende-se que, nesses espaços, a EPS torna-se possível na medida em que possibilita o diálogo entre os diferentes atores do campo

da saúde, favorecendo o surgimento do contraditório nesse encontro de atores.

Na discussão de casos, também se identifica uma atividade que permite informar, socializar, ensinar e aprender, planejar, avaliar e resolver problemas³¹. Assim, por meio do compartilhamento do conhecimento e da responsabilidade, os profissionais se sentem mais seguros e estabelecem uma relação de maior proximidade, tornando o cuidado em saúde mental menos problemático⁴².

Cescon, Capozzolo e Lima³⁵, em uma pesquisa-intervenção, destacam a importância dos encontros entre a equipe de um Caps III. Dessa maneira, foi possível resgatar a força e a disponibilidade para o encontro com o outro e a possibilidade de gerar coragem e apoio para modificar hábitos arraigados. Por conseguinte, a equipe se comprometeu a manter, para a EPS, encontros semanais com uma hora de duração, e a buscar estratégias para modificar o processo de trabalho e situações relacionadas à temática do suicídio.

Outro aspecto facilitador da EPS nos Caps mencionado por Vargas e Duarte⁵⁷ diz respeito à iniciativa dos profissionais: os enfermeiros entrevistados descrevem a relação da busca de estratégias de conhecimento para atuar no Caps AD e afirmam que, na ausência de espaços formais com capacitações e especializações, eles adquirem informações na leitura de livros e pela própria convivência e troca de experiências com os outros profissionais da equipe⁵⁷. Nesta direção, Oliveira e Caldana⁴⁸ trazem aspectos das práticas que os psicólogos dos Caps III, Capsi e Caps AD utilizam no trabalho que realizam: possibilidade/necessidade de criar; tentativa de superação ou diferenciação do modelo clínico tradicional; e a necessidade de reflexão permanente sobre o papel profissional.

Assim, percebe-se o reconhecimento do espaço cotidiano dos serviços como fator facilitador da EPS na atenção psicossocial, e o desenho de um coletivo de sujeitos críticos, produtores de si e de seus pares, na tentativa de lidar com as diversas situações. Para Ceccim⁷⁸, a EPS é

uma estética pedagógica para a experiência da problematização e a invenção de problemas. Essa estética pode ser considerada a partir de dispositivos que contribuam para a produção da EPS nos Caps. Após a análise dos dados, o apoio matricial foi o desfecho mais citado nos estudos selecionados^{32,33,36,41-43,47,50-54}. O uso da pesquisa-ação, associada ao apoio matricial com a metodologia da aprendizagem vivencial, configurou um espaço seguro para o diálogo crítico e libertador³³. Um lugar onde não havia ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, mas havia trabalhadores da saúde que, em comunhão, buscavam saber mais.

Os profissionais destacam o matriciamento ‘como’ um dos ‘espaços’ possíveis para a realização da EPS⁴¹, sendo esta a pauta de quase todas as reuniões de equipe do Caps III⁴³. Os trabalhadores deste mesmo Caps apontam a falta de interesse e a apropriação teórica da Estratégia Saúde da Família. Na tentativa de dirimir tal dificuldade e representar a Raps, um único profissional do Caps assume a responsabilidade do matriciamento das equipes da APS. Minozzo e Costa⁵³, em uma pesquisa-ação, sinalizam a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe nos Caps, a fim de potencializar espaços de reflexão sobre o trabalho coletivo. Entendem que o trabalho em equipe é fundamental para que o apoio matricial se efetive na lógica da atenção psicossocial.

Para obter a eficácia que o apoio matricial busca, é necessário contar com uma rede de saúde mental bem articulada na perspectiva da RPB. Azevedo, Gondim e Silva⁵⁵ identificam que, para os profissionais que compõem a rede, a EPS é uma grande aliada para gerar mudanças nessa situação. Ballarin, Blanes e Ferigato⁵⁶ seguem afirmando que entendem o apoio matricial como um momento privilegiado de práticas de ensino-aprendizagem, seja de diferentes profissionais, entre diferentes equipes ou com usuários e familiares, e o consideram como um movimento sinérgico à proposta de EPS.

O programa de Residência Integrada em Saúde Mental (RISM) potencializou a reflexão

sobre a construção de uma sociedade sem manicômios, o desenvolvimento de práticas colaborativas e a resolução dos problemas encontrados como constituintes de espaços de EPS^{36,37}. Em alguns estudos, os entrevistados afirmam que, no Caps, todos os profissionais de nível superior têm residência ou especialização. Este modelo de atenção em saúde mental merece destaque pelas exigências dos residentes, de executarem ações condizentes com a RPB que superem a cultura de práticas ambulatoriais e hospitalocêntricas. Os profissionais apontaram reflexões no processo de ‘fazer residência e ser residente’, nas quais identificaram uma educação para a vida que tem como escola a própria vida, conhecida como efeito Paideia^{37,79}. Desta forma, o trabalho se ressignifica na própria experiência de um trabalhador em formação no serviço. Assim, ele segue perguntando, olhando para si e para as vulnerabilidades enquanto trabalhador³⁶.

Rézio et al.⁴⁵ afirmam que o PET-Raps proporcionou aos profissionais do Caps II o aperfeiçoamento de suas práticas, a partir das fragilidades apresentadas e vivenciadas na assistência prestada no cotidiano. Seguem na constatação de que a presença dos estudantes nos serviços potencializou o aprimoramento dos profissionais no cuidado em saúde mental, enquanto provocadores de mudanças. Ou seja, os estudantes e residentes, no cotidiano dos serviços de saúde, acabam atuando como dispositivos de EPS por desencadear processos de aprendizagem^{36,37,45,49}. Rosa et al.⁴⁹ destacam que o PET-Raps tem o papel de incentivar a formação e qualificação técnica dos profissionais de saúde mais adequada às necessidades do SUS. Entre as ações de EPS destacadas pelos preceptores, estão: reuniões mensais do PET com tutores, preceptores e alunos; preceptoria em serviço; espaços de reunião em equipe e supervisão institucional; e busca de informações e pesquisa de material bibliográfico.

A supervisão é um dispositivo fundamental no campo da RPB. Silva et al.⁵² destacam que as supervisões clínico-institucionais são entendidas como atividades que qualificam

e integram as equipes dos serviços de saúde mental, considerando casos clínicos e o contexto institucional (recursos do território, política pública e gestão). Onocko-Campos et al.⁴⁴, a partir de um estudo avaliativo no Caps III, destacam a supervisão clínico-institucional como elemento integrante da EPS, juntamente com horas dedicadas à formação em espaços institucionais externos ao Caps, sendo a supervisão clínico-institucional e a formação externa definidas como indicadores para a formação continuada dos trabalhadores.

Ainda, Onocko-Campos⁸⁰ considera que o modo de formação na supervisão deve ser sempre voltado para a transmissão de um modo de conhecer, e não um saber pronto, sendo esse modo de conhecer e o próprio conhecimento, processuais. Assim, o supervisor possibilita à equipe espaços de reflexão e a construção de projetos terapêuticos, que são considerados dispositivos para a superação do modelo manicomial. Ferreira et al.⁴³ consideram que a elaboração do PTS permite uma construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares, e pressupõe o reconhecimento do território existencial do usuário e suas redes vivas de cuidado ou descuidado, assim como linhas de fuga para a produção de novos modos de subjetivação.

Embora o projeto terapêutico possa transversalizar o processo de RPB, Vasconcelos et al.⁴⁶ destacam a reflexão da equipe, o pensamento sobre projetos terapêuticos que se contraponham ao modelo hegemônico, e seguem, com base na diversidade de ações, com um olhar ampliado, através do qual cada unidade de saber provoca o encontro de possibilidades, de trocas e fazeres. Onocko-Campos et al.⁵⁸, em um estudo avaliativo em seis Caps III, dizem que o PTI foi considerado como consolidado nos serviços, sendo avaliado periodicamente. Ainda assim, em relação a dispositivos avaliativos, foi sugerida a criação de oficinas para os trabalhadores Caps, com o objetivo de apresentar e discutir o trabalho e o PTI que fazem. Estas experiências singulares potencializam a necessidade de fortalecer a EPS nos Caps.

O presente estudo apresenta como limitação a não inclusão de dissertações e teses brasileiras sobre a EPS nos Caps, restringindo-se à análise da produção publicada no formato de artigos científicos. Por outro lado, seguiu o rigor metodológico em todas as suas etapas, destacando-se a realização da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, classificada, em sua maioria, como alta. Sugere-se que os próximos estudos sobre a EPS nos Caps considerem os pontos limitantes dos estudos selecionados, como a ausência da explicitação entre pesquisador e pesquisado; procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; e cuidados éticos.

Considerações finais

Esta revisão traz reflexões a respeito da EPS nos Caps brasileiros, nos últimos dez anos. O caráter integrativo revela deficiências e potencialidades na qualificação dos profissionais e gestores, sendo possível compreender e repensar a EPS com vistas à atenção psicossocial. Neste estudo, identificou-se a ausência da educação permanente como uma política institucional, além do fato de as ações de formação desenvolvidas ainda estarem distantes das transformações desejadas no âmbito da saúde mental.

A concepção de EPS pelos gestores e trabalhadores Caps aproxima-se da compreensão da EC, com ações técnicas e de atualização do saber. Embora reconheçam que a EPS possibilita reflexão e problematização das práticas, a produção do cuidado possui um distanciamento do olhar para o usuário no território, a partir de uma clínica tradicional. Ainda que, a RPB tenha impulsionado avanços, é necessário discutir os saberes e os fazeres das práticas profissionais para a promoção da autonomia e transformações permanentes sobre os modos de cuidar.

O pouco incentivo dos gestores, o *deficit* na formação acadêmica, os vínculos empregatícios precários, a desvalia no processo de transformação, a falta de conhecimento nos

procedimentos Caps, a ausência de qualificação, a impossibilidade de registros no CBO, bem como a sobrecarga e a precariedade de recursos físicos, humanos e materiais estão presentes nos diversos equipamentos de saúde mental, no Brasil. Neste processo, é imprescindível entender as demandas reais das práticas de trabalho que contribuem para que as dificuldades possam ser enfrentadas e as mudanças efetivadas.

Por outro lado, há avanços a partir de buscas para ampliar olhares e possibilidades no próprio cotidiano de trabalho. Capacitações, cursos, seminários, reuniões de equipe, fórum intersetorial, diálogos, discussão de casos, trabalho em equipe, apoio matricial, programas de residência, PET-Raps, PTS/PTI e supervisão clínico-institucional também estão presentes como dispositivos de EPS, embora seja preciso aperfeiçoá-los na tentativa de compor a formação em serviço e superar os desafios que a clínica Caps requer.

Este estudo possibilita colocar o processo de EPS nos Caps em evidência e levantar subsídios para aprimorar uma política educativa em saúde mental no Brasil. Por se tratar de um fenômeno multifacetado, torna-se importante a

corresponsabilização, para que todos os atores envolvidos reconheçam a mudança institucional e de transformação à luz da RPB e da PNSM. Para isto, sugere-se o desenvolvimento de instrumentos e indicadores que avaliem as ações da EPS nos Caps para fortalecer a relação entre profissionais, gestores, comunidade e instituições de ensino, contribuindo para que essa política se torne eficaz no modelo de atenção psicossocial.

Colaboradores

Mattos MP (0000-0002-8792-5860)* foi o responsável pela concepção e pelo desenho da pesquisa, pela obtenção, análise e interpretação dos dados e da redação do manuscrito. Campos HMN (0000-0001-5413-9110)* e Gomes DR (0000-0002-1831-1259)* responsabilizaram-se pela obtenção e análise dos dados, e pela redação do manuscrito. Ferreira L (0000-0001-5707-5677)*, Carvalho RB (0000-0001-8522-3577)* e Esposti CDD (0000-0001-8102-7771)* orientaram a concepção e o desenho da pesquisa, a interpretação dos dados e a revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):884-899.
2. Rovere M. Gestion estratégica de La educación permanente en salud. In: Haddad J, Roschke MALC, Davini MC, organizadores. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n° 100. p. 63-106).
3. Organização Pan-Americana da Saúde. *Educación permanente de personal de salud en la región de las Américas*. Washington: OPAS; 1988. (Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, n° 78).
4. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(3):913-922.
5. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. (Serie C. Projetos, Programas e Relatórios).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 Fev 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União*. 21 Ago 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde* [internet]. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2012. [acesso em 2019 out 20]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicações/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf.
10. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(30):121-134.
11. Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cad. RH Saúde*. 2006; 3(1):41-45.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Relatório Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
13. Desviat M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
14. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(12):4579-4589.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 24 Dez 2011.
16. Almeida JMC. *Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso*. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(11):e00129519.
17. Sousa PF, Maciel SC, Medeiros KT. *Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as repre-*

- sentações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Temas Psicol.* 2018; 26 (2):883-895.
18. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil, no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *Rev. Depart. Serv. Soc: O Social em Questão.* 2019; (44):111-138.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. *Diário Oficial da União.* 22 Dez 2017.
 20. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(11):e00156119.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
 22. Guljor AP, Vasconcelos E, Couto MC, et al. Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 – Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas [internet]. [acesso em 2019 out 15]. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>.
 23. Benito GAV, Franz MS. Educación permanente em la salud: Reflexiones em la perspectiva de la integridad. *Rev. Cubana de Enfer.* 2010; 26(4):667-679.
 24. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: Updated methodology. *J. Adv. Nurs.* 2005; 52(5):546-553.
 25. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Heal.* 1987; 10(1):1-11.
 26. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Phys. Ther.* 2009; 89(9):873-880.
 27. Mínyay MCS, organizadora. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2016.
 28. Critical Appraisal Skills Programme. *Critical Appraisal Skills Programme making sense of evidence.* London; Oxford: Public Health Resource Unit; University of Oxford; 2006.
 29. Espíndola CR, Blay SL. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* 2009; (43):707-16.
 30. Magno L, Silva LAV, Veras MA, et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre mulheres transgênero: Revisão Sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(4):e00112718.
 31. Pinheiro MCC, Hypólito ALM, Kantorski LP. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. *J. Nurs. Health.* 2019; 9(2):e199203.
 32. Vasconcelos MS, Barbosa VFB. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. *Ciê. Cuid. Saúde.* 2019; 18(4):e43922.
 33. Nunes FC, Caixeta CC, Pinho ES, et al. A tecnologia grupal no cuidado psicossocial: Um diálogo entre pesquisa-ação e educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2019; (28):e20180161.
 34. Silva NS, Camargo NCS, Bezerra ALQ. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(5):2191-8.
 35. Cescon LF, Capozzolo AA, Lima LC. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):185-200.

36. Evangelista ALP, Frota AC, Torres RBS, et al. Residência integrada em saúde mental: cuidado a rede de atenção psicossocial. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2018; 31(4):1-11.
37. Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, et al. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(2):1729-38.
38. Silva GM, Ness O, Guanaes-Lorenzi C. Continuing education in mental health: critical moments to analyze group process. *Paidéia*. 2018. 28:e2834.
39. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais de Saúde Mental. *Saúde Soc*. 2017; 26(4):904-919.
40. Abrahão AL, Azevedo FFM, Gomes MPC. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(1):55-71.
41. Leite LS, Rocha KB. Educação permanente em saúde: como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estud. Psicol*. 2017; 22(2):203-213.
42. Pinho LB, Silva AB, Siniak DS, et al. Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack. *Rev. Baiana Enferm*. 2017; 31(1):e16654.
43. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):373-84.
44. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: Resultados de um desempenho participativo. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):71-83.
45. Rézio LA, Caetano DAF, Borges FA, et al. The PET-Networks as transformer of practices of a Psychosocial Care Center. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):89-98.
46. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, et al. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):313-23.
47. Salvador DB, Pio DAM. Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. *Saúde debate*. 2016; 40(111):246-256.
48. Oliveira TTSS, Caldana RHL. Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. *Est. Interd. Psicol*. 2016; 7(2):2-21.
49. Rosa M, Souza A, Abrahão AL, et al. Inovações na formação em saúde: o programa de educação pelo trabalho – Saúde Mental. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental*. 2016; (4):39-44.
50. Costa FRM, Lima VV, Silva RF, et al. Challenges of matrix support as educational practice: mental health in primary health care. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):491-502.
51. Azevedo DM, Oliveira AM, Melo GSM, et al. Avaliação da assistência em saúde num Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2014; 16(2):109-116.
52. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4):1142-51.
53. Minozzo F, Costa IIC. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 2013; 18(1):151-160.
54. Minozzo F, Costa IIC. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2013; 16(3):438-450.
55. Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: percepção dos profissionais no território. *R. Pesq.: Cuid. Fundam*. 2013; 5(1):3311-22.

56. Ballarin MLCS, Blanes LS, Ferigato SH. Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):767-78.
57. Vargas D, Duarte FAB. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(1):119-26.
58. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, et al. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: Entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(1):16-22.
59. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-177.
60. Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 462-468.
61. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
62. Sá TH, Florindo AA. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. *Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde*. 2012; 17(4):293-299.
63. Medeiros AC, Pereira QLS, Siqueira HCH, et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev. Bras. Enferm*. 2010; 63(1):38-42.
64. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*. 2006; 2(2):147-160.
65. Silva LAA, Soder RM, Petry L, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúch. Enferm*. 2017; 38(1):1-8.
66. Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM*. 2016; 6(2):281-289.
67. Lírio APS. O lugar do sensível na educação permanente em saúde: ausência, continuidade ou ruptura. *Cad. Edu. Tec. Soc*. 2016; 9(3):375-38.
68. Silva e Silva DL, Knobloch F. The team as a place of education: the continuing education in a Psychosocial Attention Center of alcohol and other drugs. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):325-35.
69. Stroschein KA, Zocche DAA. Permanent education in health services: a study on the experience gained in Brazil. *Trab. Educ. Saúde*. 2012; 9(3):505-519.
70. Santos M. *Território: globalização e fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
71. Santos M. *A Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.
72. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):297-305.
73. Onocko-Campos RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde debate*. 2001; 25(58):98-111.
74. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. Hucitec: São Paulo; 2006.
75. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 2019; 43(120):223-239.
76. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(1):141-151.

77. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-77.
78. Ceccim RB. Réplica. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):175-177.
79. Campos GWS. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trab. Educ. Saúde*. 2006; 4(1):19-32.
80. Onocko-Campos RTO. *Psicanálise & saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012.

Recebido em 01/12/2019
Aprovado em 18/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Por uma política da convivência: movimentos instituintes na Reforma Psiquiátrica Brasileira

For a policy of conviviality: institutional movements in the Brazilian Psychiatric Reform

Ariadna Patricia Estevez Alvarez¹, Neli Maria de Castro Almeida², Angela Pereira Figueiredo³

DOI: 10.1590/0103-1104202012725

RESUMO O propósito do artigo foi visibilizar o processo de constituição e implantação do Fórum Permanente de Centros de Convivência e Cultura (Ceco) no estado do Rio de Janeiro. Descreveram-se as etapas de sua gênese, os pressupostos teóricos de sua formulação e os desdobramentos legais, éticos e políticos dos dispositivos de convivência no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A experiência do Fórum forneceu três pistas metodológicas que podem ser úteis para a construção de políticas: 1) abertura, estar aberto à participação de todos, não restringir; 2) itinerância, movimentar-se sem se fixar em um mesmo lugar; 3) multiplicidade, desejar as diferenças e não obstruir o trânsito entre elas. Como produto desse movimento instituinte, foi gerado coletivamente o Projeto de Lei nº 4.563/2018, que cria a Política Estadual dos Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro, apresentado pela frente parlamentar em defesa da saúde mental e luta antimanicomial na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. O movimento em torno dos Ceco, dispositivos de promoção de encontros na cidade, sustenta-se a partir da produção do comum e busca dar sustentabilidade à política da convivência que resiste às tentativas de desmonte do SUS e ao neoliberalismo.

PALAVRAS-CHAVE Centros de convivência e lazer. Saúde mental. Políticas de saúde.

ABSTRACT *This article intends to give visibility to the process of constitution and implementation of the Permanent Forum of Community and Cultural Centers (Ceco) in the state of Rio de Janeiro. Its inception, theoretical assumptions, and legal, ethical, and political developments among the Brazilian Psychiatric Reform have been described. The Forum's experience has provided three methodological clues, which are useful to design policies: 1) To be opened to everybody's participation, without restrictions; 2) to move without being stuck at the same place; 3) Multiplicity, the desire of the differences without obstructing the path along the way. As a product of this instituted movement, Law No. 4,563/2018 has been collectively generated to create the Community and Cultural Center's policy of the psychosocial network, in Rio de Janeiro, which has been presented by the parliamentary front in defense of mental health and the anti-asylum struggle at the Legislative Assembly of the State of Rio de Janeiro. The movement related to the Ceco, which are important devices to promote meetings in the city, is supported by the production of what is common and is aimed at the sustainability of conviviality in order to resist the dismantling of our public health system and neoliberalism.*

KEYWORDS *Centers of connivance and leisure. Mental health. Health policies.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ariadna.alvarez@fiocruz.br

²Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

O objetivo do artigo é dar visibilidade ao processo de constituição e implantação do Fórum Permanente de Centros de Convivência e Cultura (Ceco) no estado do Rio de Janeiro, buscando descrever as etapas de sua gênese, os pressupostos teóricos de sua formulação e, sobretudo, os desdobramentos legais, éticos e políticos dos dispositivos de convivência no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Trata-se de um movimento instituinte de articulação entre usuárias, usuários, trabalhadoras, trabalhadores, familiares, estudantes, pesquisadoras, pesquisadores, gestoras, gestores vinculados ao campo da atenção psicossocial e da luta antimanicomial. Esse conjunto de sujeitos produtores de conhecimento em suas existências políticas tomou para si a responsabilidade de problematização e de enfrentamento das questões relacionadas com a política de convivência na saúde mental e com os temas daí decorrentes: inclusão social, direito ao trabalho, à educação, ao lazer, à cultura e à cidade.

Consiste em uma experiência coletiva de debate propositivo em torno das práticas relativas aos dispositivos de convivência, a qual reconhece os importantes avanços no campo da atenção psicossocial e, simultaneamente, interroga sobre a necessidade de novos dispositivos capazes de dialogar com a insurgência de novas demandas de inclusão da loucura nos territórios sociais, a partir da própria trajetória da RPB.

Entende-se aqui a RPB como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das

instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios¹.

Esse movimento, que deu origem ao Fórum, teve seu marco inicial no 'I Encontro de geração de trabalho e renda, cultura e saúde mental: políticas públicas, centros de convivência, inclusão social pelo trabalho e programas de arte e cultura', realizado em maio de 2018 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O Encontro, que contou com ampla participação popular, teve como foco a discussão em torno das práticas de geração de trabalho e renda por meio da construção conjunta de uma política de implementação dos Ceco como estratégia de promoção de saúde no estado do Rio de Janeiro.

O artigo se materializa, portanto, como produto do movimento iniciado em torno do dispositivo Ceco, a fim de relatar a experiência coletiva do Fórum. Constitui-se, também, em um recorte da pesquisa de doutorado da primeira autora, cujo desenvolvimento se deu concomitantemente à realização das reuniões do Fórum (iniciadas em maio de 2018, abrangendo oito edições até novembro de 2019).

Todas as autoras, para além de pesquisadoras, são, também, militantes do movimento instaurado ao redor do dispositivo. Acreditamos, nesse sentido, que a produção de conhecimento deve se dar de modo intrínseco ao movimento social, no diálogo constante com seus atores. A produção de conhecimento ocorre ao abordar a experiência da prática, na qual somos todos protagonistas, em busca da construção de políticas públicas que prezem tanto pela manutenção quanto pela ampliação dos dispositivos da rede de saúde, na defesa dos fazeres que sustentem a RPB e a saúde pública.

No que concerne às políticas públicas de saúde e o lugar que os Ceco têm ocupado ao longo da história da RPB, afirmamos que há um trânsito desse lugar entre a marginalidade, a inclusão e a exclusão das fronteiras do que é instituído e do que é instituinte. Segundo Baremlitt², o instituinte aparece como um

processo, enquanto o instituído emerge como um resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica, já o instituído transmite uma característica estabilizada. Como a vida é pura variação, há um permanente jogo entre formas instituídas e movimentos instituintes.

No que diz respeito à legislação que configura o dispositivo em questão, a Portaria nº 396, de 7 de julho de 2005, que estabeleceu diretrizes para os Ceco, é mencionada pelo Ministério da Saúde no relatório ‘Saúde Mental em Dados 11’³. No entanto, no mesmo ano de 2005, a portaria foi revogada, e não houve a criação de nova norma federal para seu funcionamento, financiamento ou implantação⁴, o que fragiliza a sustentação dos Ceco.

Com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁵, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Ceco estão previstos na atenção básica. No inciso III dessa portaria, temos que o Centro de Convivência é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Raps, em que são oferecidos à população geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. O § 4º dessa portaria diz que os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. Já na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017⁶, a da ‘Raps do retrocesso’, são propostas, resumidamente, a reintrodução do hospital dia, a instituição do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) tipo IV, que faz parte de uma estratégia para financiar comunidades terapêuticas, e a reinstalação de ambulatórios hierarquizados e desarticulados, indo na contramão de um cuidado pautado pelas práticas psicossociais. Os Ceco, assim como os consultórios na rua, ficam de fora do texto oficial da política de saúde mental do País.

Ferigato et al.⁷⁽⁹²⁾ os definem como dispositivos multifacetados, ou como “[...] um

movimento, um sistema tão flexível e aberto que dribla qualquer definição rígida de ‘saúde’, de ‘cultura’ ou de ‘serviço’”. São dispositivos estratégicos, portanto, pois ativam experiências que extrapolam as fronteiras sanitárias, na promoção de práticas intersetoriais e na criação de encontros no território, por meio da produção de cuidado a partir da convivência.

A seguir, descreveremos em mais detalhes o processo de desenvolvimento das reuniões do Fórum, os caminhos das aprendizagens coletivas, a construção de um percurso teórico e os resultados obtidos ao longo dessa experiência.

O Fórum

Encontramos no conceito de comum, conforme proposto por Hardt et al. em ‘Multidão’⁸ e ‘Bem-estar Comum’⁹⁽¹⁷⁸⁾, um ponto de ligação com Spinoza. Na ‘Ética IV’¹⁰, escólio da proposição 35, Spinoza afirma que “da sociedade ‘comum’ dos homens, advêm muito mais vantagens do que desvantagens”⁹⁽¹⁷⁸⁾; e que

por meio da ajuda mútua, os homens conseguem muito mais facilmente aquilo de que precisam, e que ‘apenas pela união das suas forças’ podem evitar os perigos que os ameaçam por toda parte⁹⁽¹⁷⁸⁾.

Gostaríamos de pontuar que a ‘união dessas forças’ pode ser pensada como uma potência do ‘comum’. Além de evitar os perigos que nos ameaçam, essa união de forças abre a possibilidade de imaginar e criar juntos outros mundos, outras maneiras de viver. Quanto aos perigos que nos ameaçam, em relação ao SUS, são muitos. No caso das políticas de saúde mental, a sensação é de que a cada dia os perigos se agravam. O SUS no Rio de Janeiro já ostentou o pior Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) entre as capitais de todo o País¹¹.

Esses índices nos servem para elucidar as situações que atravessamos com os trabalhadores, nesse percurso entre o período 2016-2019, em que o SUS municipal do Rio de Janeiro

sofreu ataques muito duros: equipes inteiras demitidas na atenção básica e atenção psicossocial, fechamento de clínicas da família, com destaque para o ano de 2019 em que a justiça precisou intervir na gestão municipal em defesa da população desassistida e dos trabalhadores sem pagamento¹².

Em um contexto nacional, podemos constatar que, antes do golpe de 2016, os dados indicavam um significativo caminho já percorrido na direção da desospitalização e da consolidação de uma atenção psicossocial essencialmente de base comunitária:

Considerando o investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em Caps, que em '2014' ultrapassam a cifra dos 2 mil, e alcançam uma cobertura de 0,86 Caps por 100 mil/habitantes. Os gastos com hospitais caíram de 75,24% em '2002' para 20,61% em '2013', enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de '24,76%' para '79,39%' no mesmo período¹³⁽²⁰⁷²⁾.

Até o ano de 2015, quando o Ministério da Saúde interrompeu a publicação regular de informações, observamos, por meio dos dados apresentados, que era crescente o investimento público em serviços do tipo Caps, o que fortaleceu o modelo psicossocial de cuidado proposto pela RPB, de substituição da rede hospitalocêntrica pelos serviços comunitários e territoriais.

De volta ao contexto do Rio de Janeiro, os manifestos dos movimentos sociais expõem os efeitos nefastos concretos no cotidiano. O informe do Núcleo Rio Sem Manicômios, intitulado 'A saúde mental adoce!'¹⁴, publicado em 2019, afirmava que os/as usuários/as dos serviços de saúde mental que recebiam a Bolsa Rio (bolsa indenizatória para as pessoas que ficaram dois anos ininterruptos internadas ou mais antes da lei da Reforma Psiquiátrica) estavam há dois meses sem recebê-la; alguns Caps não tinham alimentação para os/as usuários/as diariamente, ou seja, eles/as estavam passando fome; os serviços

residenciais terapêuticos estavam com os alugueis atrasados, sendo os/as moradores/as ameaçados/as de despejo, além dos/as cuidadores/as sem salário por três meses; houve Caps que teve a luz cortada em 2019 porque a prefeitura não pagou a conta; a prefeitura não investia em serviços de base comunitária, mas financiava hospitais psiquiátricos desenhando um aumento no número de leitos.

Em meio a esse cenário de desmonte do SUS, como preservar forças para construir? Como não perder nossa capacidade imaginativa, criativa, diante das terríveis notícias que nos atingem diariamente?

Sigamos pela pista do comum. O comum é aqui pensado como multiplicidade, como um composto de singularidades, em que essas singularidades estão elas próprias estabelecidas no comum. O comum baseia-se na comunicação entre singularidades que se manifesta por meio dos processos sociais colaborativos de produção. O comum não está dado, mas ele é produzido e tende a deslocar as dicotomias entre indivíduo e sociedade, subjetivo e objetivo, privado e público.

O comum é, ao mesmo tempo, pré-condição e resultado da produção da multidão. Ele é o que configura sua substância móvel e flexível. E multidão não se refere a uma 'identidade' única de um povo nem a uma 'uniformidade' das massas; mas são as 'diferenças em comunicação' que permitem o comum ser produzido e o agir em conjunto.

Sem desconsiderar as condições ambivalentes para o surgimento da multidão, que podem levar tanto à libertação como a um novo regime de exploração e controle, entendemos a multidão como um projeto de organização política, que só pode ser concretizado mediante as práticas sociais.

Fica a pergunta: como podemos constituir práticas sociais e movimentos em que 'as forças ativas tenham preponderância sobre as forças reativas'? Compartilhamos, então, a trajetória percorrida pelo Fórum dos Ceco, em um recorte de tempo (18 meses – maio de 2018 a novembro de 2019 – em 8 edições), entendendo

que ele é, simultaneamente, produto e processo do movimento que debate a política da convivência.

Apostamos que as transformações acontecem por meio dos encontros, dos bons encontros, os que ampliam a capacidade de agir e pensar. Em 8 de maio de 2018, 50 anos depois do maio de 1968, durante o I Encontro, pela primeira vez, os Ceco do estado do Rio de Janeiro se encontraram e suas diferentes maneiras de trabalhar foram discutidas. Nessa ocasião, ocorreu também o lançamento do Guia Prático de Economia Solidária e Saúde Mental – ‘Dá pra fazer!’ –, produto que integra um conjunto de atividades apoiadas pelo Edital CNPq nº 89/2013, referente à implantação da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares do IFRJ e que foi construído, em 2017, por autoras que traziam diferentes experiências nos campos da saúde mental e da economia solidária. Éramos mais de 200 participantes ligados a cerca de 70 coletivos e/ou instituições diferentes. Uma pequena multidão composta de usuárias, usuários, trabalhadoras, trabalhadores, familiares, gestoras, estudantes, pesquisadoras, pesquisadores e militantes de variados campos, como saúde, arte, cultura e economia solidária.

Antecederam o I Encontro dois pré-encontros, um na Zona Centro-Sul e outro na Zona Norte-Oeste, com o objetivo de construirmos coletivamente como organizaríamos as diferentes pautas que estavam por ser debatidas. Ao fazermos os convites para compor as mesas do Encontro, percebemos uma prontidão enorme dos profissionais para falarem sobre seus trabalhos. Ficou explícito que o tema do trabalho que se faz nos Ceco sensibiliza muito. A mesa das experiências mais parecia uma roda, pois éramos dez pessoas em torno dela. Foram seis experiências Ceco apresentadas em cento e trinta minutos para um público extremamente atento a cada palavra. Todos escutaram o que cada um fazia, e cada um fazia diferente.

Na plenária final, reunimos e lemos publicamente todas as propostas dos grupos de

trabalho. Depois de alguns destaques, aprovamos um conjunto de propostas para a confecção de um documento político: a ‘Carta dos CECOs do Rio de Janeiro’. Encerramos este I Encontro com o embrião da carta nas mãos e a sensação de que foi um potente encontro. Contudo, aquele dia não havia sido suficiente. Havia muitos desafios a serem enfrentados juntos pela frente. Deliberamos, então, a criação do Fórum Permanente de Centros de Convivência do Estado do Rio de Janeiro. Desse I Encontro, foram gerados três produtos: a Carta, o Fórum e, posteriormente, o Projeto de Lei (PL) nº 4.563/2018.

Os Fóruns, a itinerância, a potência do comum: o método de raciocinar com pés

No presente item, descreveremos os Fóruns que foram propostos durante o I Encontro e as suas principais discussões. Aqui, usaremos da narrativa em primeira pessoa do plural, pois todas somos parte do processo que se instaurou: de organizadoras do I Encontro, foi-nos possibilitada a criação de um coletivo militante que continuou se encontrando regularmente em prol dos avanços na RPB, tomando especificamente o dispositivo dos Ceco. Como já foi referido, consideramos que é nos encontros que podemos visar à transformação, assim como à produção de conhecimento que seja implicada a esses fazeres com o coletivo.

No I Fórum, também na Uerj, avaliamos o I Encontro e passamos para a Carta, que foi debatida em seus termos e composta por 11 propostas organizadas em 3 eixos: legislação e financiamento; infraestrutura; e formação. Foi sugerido que criássemos uma comissão dedicada à legislação, e prontamente seis pessoas se ofereceram para isso. Pactuamos que a carta seria impressa e que assinaturas de apoio seriam recolhidas. Combinamos que os fóruns seriam itinerantes de modo a ampliar a

participação dos conviventes e comunidades locais. Essa também foi uma via para que todos pudessem conhecer o bairro, o acesso, os ares e os lugares de cada Ceco, usando o método de raciocinar com os pés¹⁵, aquele que caminha e vive o cotidiano.

O II Fórum aconteceu no Ceco da Zona Oeste, em Campo Grande, que tem a especificidade de funcionar dentro de uma lona cultural – na cidade do Rio de Janeiro, lona Cultural é o nome comum dado a uma série de teatros cobertos, administrados pela Secretaria Municipal de Cultura.

Os temas da pauta prevista eram: mobilidade urbana; comercialização de produtos da economia solidária; e estratégias de divulgação da carta. Contudo, para além da pauta prevista, havia uma pauta real que era saber como é a relação nos territórios com as lonas. O coletivo presente começou a pensar em estratégias de implementação de Ceco via outras lonas culturais, assim como se deu naquela exitosa parceria em Campo Grande. A ideia era que oficinas que aconteciam dentro do Caps pudessem ocorrer fora, nas lonas, e serem abertas a toda a comunidade. Nessa cena, vimos claramente como o Fórum possibilita um diálogo que amplia o poder de ação do coletivo de trabalhadores não só dos Cecos, mas também dos Caps. Além disso, foi sugerida a criação de um site como estratégia de comunicação da carta e divulgação do Fórum no mundo virtual.

No Museu de Arte Contemporânea, organizado pelo Ceco de Niterói, aconteceu o III Fórum. Cada uma das mais de 70 pessoas se apresentou dizendo seu nome e o que a tinha movido até ali, o que emocionou muitos conviventes. Instaurou-se um modo de fazer Fórum, dividido em dois momentos: um primeiro tempo focado no local, em que o Ceco anfitrião apresenta seu modo de fazer convivência e suas parcerias; e um segundo tempo focado no geral, em que se discutem os problemas comuns a todos e se pensam estratégias coletivas. A questão do que é atividade de convivência foi debatida intensamente, nos concentramos em criar respostas

para a questão: o que deve ter no Centro de Convivência que não pode faltar de jeito nenhum? Conversas, pessoas que entendem a gente, união, fidelidade, harmonia, apoio, acolhimento melhor, coordenador, supervisor, psicólogo, apoio da prefeitura, van, ônibus, música, oportunidade de cursos e de trabalho, vale-social, registrar ações realizadas.

O tema do vale-social/passe livre retornou como algo imprescindível para a circulação na cidade. Essa é uma bandeira de luta não só dos Centros de Convivência, mas também ela se atualiza na essencialidade desse direito para a realização das práticas culturais, artísticas e de lazer no trânsito entre os espaços públicos. Surge então a palavra tratamento, pois, se é para o tratamento, esse direito de transitar no transporte sem pagar parece estar assegurado, ainda que com restrições.

Algumas falas defenderam o Centro de Convivência como tratamento. É isso que se quer? Afirmá-lo como tratamento? Quem trata, trata o quê? A quem o Centro de Convivência se dirige? Foi afirmada a necessidade de diálogo entre equipes Caps – Ceco. No fim, tivemos uma entre muitas definições possíveis do que é tratamento enunciada por quem usa o Ceco, que diz que tratamento é saúde, é se soltar para o mundo, é viver a vida cotidiana.

Os saberes formalizados, ‘acadêmicos’, são desmontados e remontados nos encontros com quem usa o dispositivo. Se afirmarmos que conviver também é manejar controvérsia, que estamos ali no Fórum convivendo, é preciso operar essa ética, em que múltiplas forças em tensão coemergem. Essa passagem nos remete a Schwartz & Ruzza¹⁶ em que, ao correlacionarem a atividade militante – no caso, o ‘saber sindical’ e a elaboração de saberes –, baseiam-se na hipótese de que os saberes produzidos na confluência da experiência militante com a transmissão de conhecimentos são marcados por uma especificidade que possui uma tripla exigência: 1) exigência pedagógica, pois devem ser assimilados pelos militantes, pelo conjunto de trabalhadores; 2) exigência analítica, uma vez que a organização sindical tem a obrigação

de compreender e interpretar o movimento da sociedade e do mundo do trabalho; 3) exigência prático-normativa, a fim de darem-se os meios para agir na e sobre esta sociedade e este mundo.

Em nossa análise, embora o Fórum não seja uma organização sindical, mas, sim, um movimento político, está sujeito a essa tripla exigência que os autores destacam. Há pesquisadores, professores, estudantes universitários no Fórum. As dimensões pedagógica e analítica interferem nas exigências prático-normativas, como, por exemplo, na elaboração de documentos políticos. A Carta dos Ceco já tem centenas de assinaturas, e propomos encaminhá-la para a frente parlamentar em defesa da saúde mental e luta antimanicomial da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj). O fato de o movimento ganhar cada vez mais participantes produz alegria no coletivo, e aprendemos com Spinoza na ‘Ética IV’ Proposição 18 que “o desejo que surge da alegria é, em igualdade de circunstâncias, mais forte que o desejo que surge da tristeza”¹⁰⁽¹⁶⁸⁾. Sentimos que há ali uma predominância das forças ativas sobre as forças reativas.

Na sua IV edição, o Fórum se alocou no Ceco Trilhos do Engenho, no Engenho de Dentro. Contou com a participação de mais de 80 conviventes, alguns que passaram por internações psiquiátricas longas e outras mais curtas. Muitos falaram das mudanças positivas que perceberam em suas vidas a partir da participação no Ceco, entre os quais, uma pessoa disse que antes se considerava ‘bicho do mato’, que não conseguia ir ao portão, e hoje vai ao centro da cidade, e é apaixonada pela vida que tem.

No segundo tempo, o esboço do texto do PL formulado pela comissão de legislação foi apresentado e discutido. O tema da composição da equipe do Ceco trouxe muitas controvérsias a serem manejadas, múltiplas forças em tensão coemergiram. Profissional com ensino fundamental pode ser contratado? Precisa ter ensino médio completo? Artesanato requer ensino formalizado? Mencionar ou não no texto da lei as 14 profissões da área da saúde? Quais

entram, quais ficam de fora?

Vivemos intensamente uma experiência democrática, uma democracia direta, sem representante, em que a voz de todos, seja lá quem fosse, era ali ouvida e considerada como de direito. O entendimento das autoras na análise sobre esse processo no que concerne à democracia se baseia em Spinoza no Tratado Político:

Esse direito, que é definido pelo poder da multidão, costuma-se chamar ESTADO, e está em plena posse desse direito, quem por consentimento comum, zela pelas coisas públicas, isto é, estabelece leis, interpreta-as, abole-as, fortifica as cidades, decide da guerra e da paz, etc. Se tudo isto se faz por uma assembléia saída da massa do povo, o Estado chama-se DEMOCRACIA¹⁷⁽⁴³⁾.

A experiência democrática da construção do PL que cria a Política Estadual dos Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro – PL nº 4.563/2018¹⁸ – convoca-nos a elencar três diferentes sentidos das políticas públicas. O primeiro diz respeito às políticas relacionadas com um determinado governo, ou mandato: a política é pública, uma vez que atende à população, mas tem seu fim marcado quando se encerra uma dada gestão. O segundo sentido tem a ver com o Estado, nesse caso, a política pública é a política estatal que está para além do fim de um governo, ela tem mais institucionalidade do que as políticas de governo, sendo incorporada de tal forma que não pode ser facilmente extinta quando uma dada gestão termina. O terceiro sentido, que é aquele que exercitamos na experiência do Fórum, diz respeito às políticas públicas que se referem a uma gestão comum⁹.

O sentido de público se atrela à participação popular que constrói a política ativamente, e que, nesse caso, promove saúde por ser também uma atividade de convivência no contexto dos Ceco. Os Fóruns passaram a ser incorporados como uma atividade dentro da agenda cultural de alguns Ceco, indicando a inseparabilidade entre atenção e gestão.

O Fórum seguinte, em sua quinta edição, foi organizado pelo Núcleo de Intervenções Culturais do Instituto Municipal Philippe Pinel, em Botafogo. Muitos projetos artístico-culturais da Zona Centro-Sul se fizeram presentes, o tema do carnaval foi marcante. Percebemos que ainda que não haja um Ceco implantado pela prefeitura naquela área, a Praia Vermelha tem uma vocação cultural fortíssima.

Há um projeto no papel sobre um Ceco na Zona Sul há muitos anos. Tivemos a notícia de que o PL nº 4.563/2108¹⁸, protocolado na Alerj no fim de 2018, vai tramitar por cinco comissões antes de ir para votação. Pactuamos de acompanhar esse processo nos encontrando com essas comissões, quando necessário. Era véspera da audiência pública na Alerj que iria pautar o Estado como cofinanciador da Raps e estávamos mobilizados com ela. Fizemos uma faixa que clamava pela aprovação do PL nº 4.563/2018¹⁸; ela foi pendurada na Alerj durante a audiência.

O VI Fórum foi realizado no Polo Experimental de Convivência, Educação e Cultura, em Jacarepaguá. O clima do mês da luta antimanicomial já ocupava o coletivo, o 18 de maio, dia da luta antimanicomial, estava por ser celebrado no Circo Voador, um espaço histórico de resistência da arte na cidade desde a década de 1980.

O corpo Fórum estava determinado em si mesmo e agiu na afirmação de uma política da convivência. Conversamos sobre fazer do Circo Voador, naquele sábado do 18 de maio, um grande Centro de Convivência, e assim foi. A organização e a realização do evento Circular da Loucura no Circo Voador foi uma alegre produção comum que concentrou a participação de movimentos diversos: luta antimanicomial, agroecologia, feminismo negro, cultura popular, população em situação de rua, economia solidária, entre outros. Nessa experiência, havia uma concordância entre os diferentes movimentos pela potência, pela afirmação da vida em liberdade, pela afirmação da convivência na cidade, enquanto política. Analisamos nessa experiência, à luz da filosofia de Spinoza, que as coisas estavam concordando em natureza, isto é, concordando em potência,

e não em impotência ou em negação, conforme a ‘Ética IV’¹⁰ Proposição 32.

O VII Fórum foi no Centro Cultural Professor Jair Nunes Macuco, que sedia o Ceco na cidade de Carmo, interior do estado, a 200 quilômetros da capital. Foram dois ônibus com mais de 40 pessoas e 2 vans de 15 pessoas que se moveram das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói para conhecer a experiência de Carmo que fechou um manicômio e constituiu uma potente e articulada rede de saúde.

A experiência do Fórum em Carmo deixou notável que, no propósito do Fórum, para além de um debate da esfera macropolítica, está embutida a atividade de convivência. Passamos mais tempo viajando, ouvindo, tocando, cantando, fazendo música, poesia, teatro, feijoada do que nos dedicando à pauta. Foi feito um convite a um determinado modo de fazer política que compreende a atividade de convivência como um trabalho afetivo antimanicomial, aquele trabalho que nos provoca “construir conceitos e inventar práticas que operem em pleno campo produtivo de sociabilidade e de vida”¹⁹⁽¹²⁴⁾.

Contudo, as dimensões micro e macropolítica são inseparáveis. O Fórum também se ocupa com o fato de os Ceco não terem financiamento nem recursos próprios (não têm destinação orçamentária), de funcionarem sem o reconhecimento da gestão (não têm cadastro no SUS: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES), de não haver parâmetros para a realização desse trabalho (não têm portaria nacional que regulamenta). Por isso, o VII Fórum também foi espaço para pautar a participação na XVI Conferência Nacional de Saúde, por meio de dois delegados eleitos, que levaram uma moção em prol dos Ceco que contou com mais de 90% de aprovação, e se articulou com outros estados da federação – e falar sobre o PL nº 4.563/2018¹⁸ já aprovado em quatro das cinco comissões da Alerj.

O último Fórum do ano de 2019, o VIII, aconteceu na Universidade Federal Fluminense (UFF), no auditório Marielle Franco, no Campus do Gragoatá. Esse Fórum ocorreu

nove meses depois do primeiro do ano, e é interessante ver que entrou em ação o Coletivo Convivências da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no *Campus* Praia Vermelha, que pretende pensar e trabalhar vivências que pensem a coletividade e o conviver, em diálogo com as atividades e estudos do dispositivo Ceco do SUS. Ele nasceu exatamente em uma área da cidade que não existia Ceco, mas com um projeto no papel há muito tempo para existir.

Em nossa análise, o surgimento desse coletivo é resultado do desenvolvimento da capacidade dialógica dos trabalhadores propiciada por diversos espaços; entre eles, o Fórum. Mais uma vez, confirmamos a hipótese da atividade de convivência como produção do comum. Portanto, a experiência com o Fórum nos fornece três valiosas pistas sobre a atividade da convivência, que também podem servir como elementos inspiradores na construção de políticas e movimentos: 1) Abertura, estar aberto à participação de todos, não restringir; 2) Itinerância, movimentar-se sem se fixar em um mesmo lugar; 3) Multiplicidade, desejar as diferenças e não obstruir o trânsito entre elas.

A política da convivência em desafio ao neoliberalismo

O percurso narrado serve para explicitar como a atividade de convivência é constituída pela construção desse plano comum. Um plano em que um corpo social se reapropria de sua potência criadora, de seu *conatus*, e é capaz de agir, de transformar a realidade. Chegamos, então, à formulação da tese de que a atividade de convivência é a produção do comum, desse plano que é, ao mesmo tempo, “aquilo que partilhamos e em que tomamos parte, pertencemos, nos engajamos”²⁰⁽²¹⁾.

Esse cenário está colocado em tempos de epidemia das drogas psiquiátricas²¹, de medicalização e patologização da vida, de ataques ao SUS e à democracia. Segundo Hardt et

al.²², o neoliberalismo e sua crise instauraram algumas figuras da subjetividade, que destacamos em nossa análise: 1) o endividado, que é produzido pela hegemonia das finanças e sofre com o empobrecimento da vida que foi vendida ao capital; 2) o midiaticizado, produzido pelo controle das informações e que sofre por sua atenção estar constantemente absorvida pelas telas; 3) o securitizado, produzido pelo regime de (in)segurança no estado de exceção, que sofre em ser vigia e vigiado, conduzido pelo medo; e 4) o representado, produzido pela corrupção da democracia.

Diante desses problemas, pensamos que urge nos encontrarmos presencialmente, urge fortalecer o comum. O Fórum foi se delineando como um mesmo espaço em que se fala sobre os efeitos da experiência Ceco na vida de cada convivente e se constrói política pública. Quando usamos a palavra con-viventes, estamos fazendo uma torção. Reconhecemos que embora haja diferenças entre os diversos lugares de enunciação (usuário, trabalhador do Ceco e de outros dispositivos, gestor, familiar, estudante, parceiro, pesquisador, militante, artista), ao propor que somos todos con-viventes, procuramos borrar essas fronteiras instituídas, de modo que todos possam se transformar na experimentação de outros lugares. Esse traço aponta para a potência da multiplicidade. Quanto mais pudermos entrar em contato com aquilo que é novo e é diferente, mais potentes nos tornaremos, conforme ‘Ética IV’¹⁰, Proposição 38.

Parece que existe aí um fio da navalha. No processo constituinte por uma política da convivência, afirmamos a vida, a liberdade e a alegria, que se produzem nos encontros. Contudo, estamos cientes dos riscos da servidão em nome da liberdade. Não sabemos o que está por vir, o que pode resultar depois da aprovação do PL nº 4.563¹⁸, por exemplo. O conteúdo desse projeto define Centro de Convivência como dispositivo intersetorial integrante da Raps, designa o que compete a ele, prevê a composição da equipe, e afirma que os Cecos não podem dispensar medicação ou

prestar atendimento psiquiátrico ou psicoterápico. Confiamos na potência do comum para romper com as subjetividades assujeitadas: que possamos deixar de ser endividados e criemos outras interdependências produtivas; que possamos deixar de ser midiáticos e quebreemos o feitiço das telas inventando outras formas de nos comunicar que fortaleçam os afetos políticos; que possamos deixar de ser securitizados e nos libertemos deixando de alimentar e ser alimentados pelo medo; que possamos, em vez de nos posicionarmos como representados, constituirmo-nos e falarmos com nossa própria voz no exercício das ações democráticas.

A defesa do coletivo, da criação de movimentos, dos Fóruns Permanentes, a partir do encontro, configura-se como resistência ante o modo neoliberal de organização de uma sociedade e perante ameaças cada vez mais graves que sofremos. Acreditamos na potência dos laços sociais, no incentivo ao protagonismo dos atores que configura os fazeres democráticos.

O movimento de resistência, assim, constrói-se por meio do social, da criação coletiva, do grupo, e se constitui nas relações de poder que se estabelecem em um contexto macropolítico. Por resistência, não a consideramos, assim como Barros²³⁽⁵⁷⁾, “[...] como algo externo, que se põe contra o poder. Ela é ação na relação de poder”. Acreditamos que os movimentos de criação do coletivo, nesse sentido, constituem-se em resistência, em produção de protagonismos, de subversões desejantes em meio aos mecanismos de poder dominantes e individualizantes que atualmente se configuram.

Considerações finais: por retratos mutantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Os Ceco são dispositivos de promoção de encontros. O movimento que criamos em torno do dispositivo, nesse sentido, sustenta-se a

partir do ideal da produção coletiva, da criação conjunta, na busca da sustentabilidade da política da convivência. Em um contexto neoliberal, no qual vivenciamos graves retrocessos no âmbito das políticas sociais, acreditamos que é necessário fortalecer os dispositivos de base comunitária, como os Ceco, incentivando as políticas de promoção de saúde do território.

Partimos do pressuposto da necessidade de um permanente processo de desinstitucionalização. Há uma polissemia do termo desinstitucionalização. Aqui nos interessa a perspectiva de desinstitucionalizar não como desospitalizar – uma redução de leitos psiquiátricos – ou como transinstitucionar – uma transferência de uma instituição para outra. Fazemos referência à desinstitucionalização da loucura como transformação das relações de poder entre instituições e sujeitos. Desinstitucionalização como um processo individual e coletivo de emancipação, de libertação, que conta com o componente do sofrimento individual, mas que não se reduz a ele. Ela envolve trabalhadores, administradores públicos, políticos, cidadãos comuns, na busca utópica, mas, paradoxalmente, realizável, de uma sociedade sem manicômios²⁴.

Outro aspecto da política da convivência, no que corresponde à sua dimensão desinstitucionalizante, é a desconstrução do manicômio por meio de gestos elementares. Como diz Rotelli²⁵, são gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

Compreendemos que o vigor desse movimento coletivo apenas foi possível em um contexto de avanço das conquistas da RPB, que permitiu a estabilização em território nacional,

agora em risco, de uma rede comunitária de cuidados em saúde mental.

O percurso desse movimento instituinte pró-Centros de Convivência no campo público da atenção psicossocial aponta para a constituição de políticas intersetoriais que garantam o acesso a um amplo campo de direitos culturais, sociais e econômicos aos grupos vinculados aos serviços de saúde mental. São retratos mutantes em contínuos processos de transformação da RPB ensinados pelos sujeitos

políticos que habitam esse lugar de tornar a vida possível para todos. Para todos.

Colaboradoras

Alvarez APE (0000-0003-1067-209X)*, Almeida NMC (0000-0002-9463-739X)*, Figueiredo AP (0000-0003-1464-3907)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Anais da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [internet]; 2005 Nov 7-10; Brasília, DF. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em 2019 out 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.
2. Baremlitt FG. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. [internet]. 2012. [acesso em 2020 fev 29]; 11. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>.
4. Pacheco RF, Silva CR. (Com) Viver com a loucura: por um cuidado extramuros. Rev. Polis Psique [internet]. 2018 [acesso em 2020 fev 29]; 8(2):140-161. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/78136/pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Dez 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 21 Dez 2017.
7. Ferigato SH, Carvalho SR, Teixeira RR. Os Centros de Convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. Cad. Bras. Saúde Ment. [internet]. 2016 [acesso em 2020 fev 20]; 8(20):80-103. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-21472016000300006.
8. Hardt M, Negri A. Multidão: Guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record; 2005.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Hardt M, Negri A. Bem-estar comum. Rio de Janeiro: Record; 2016.
10. Spinoza B. Ética. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
11. Nalon T. Rio é capital com pior avaliação do atendimento do SUS, diz governo. [internet]. G1. 2012 Mar 01 [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/rio-e-capital-com-pior-avaliacao-do-atendimento-do-sus-diz-governo.html>.
12. Regueira C. Mais de 22 mil prestadores de serviço para a saúde do Rio estão com os salários atrasados; Justiça manda bloquear R\$ 320 milhões. [internet]. G1. 2019 Nov 26. [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/11/26/mais-de-22-mil-funcionarios-que-prestam-servico-para-a-saude-do-rio-estao-com-os-salarios-atrasados-justica-manda-bloquear-r-320-milhoes.ghtml>.
13. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde colet. [internet]. 2018 [acesso em 2020 fev 29]; 23(6):2067-2074. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602067&script=sci_abstract&tlng=pt.
14. Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. [internet]. [acesso em 2020 jan 16]. Disponível em: <https://www.facebook.com/lutaantimanicomialrj/>.
15. Venturini E. O caminho dos cantos: morar e interteritorialidade em saúde mental. Fractal: Rev. Psicol. [internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 22]; 22(3):471-480 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-02922010000900002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
16. Di Ruzza R, Schwartz Y. De l'activité militante à l'élaboration de savoirs. Education Permanente [internet]. 2003 [acesso em 2020 fev 20]; 154(1):1-9. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00095787>.
17. Spinoza B. Tratado Político. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2013.
18. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Projeto de Lei nº 4.563, de 20 de dezembro de 2018. Cria a política estadual dos centros de convivência da rede de atenção psicossocial no estado do Rio de Janeiro. 20 de dezembro de 2018 [internet]. [acesso em 2019 out 15]. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/18c1dd68f96be3e7832566ec0018d833/6fe33ee2aaf668a1032583690053706e?OpenDocument>.
19. Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008.
20. Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 15-42.
21. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
22. Negri A, Hardt M. Declaração – Isso não é um manifesto. São Paulo: N-1 edições; 2016.
23. Barros RB. Grupo: A afirmação de um simulacro. 3. ed. Porto Alegre: Sulina; 2009.
24. Venturini E. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
25. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

Recebido em 01/03/2020

Aprovado em 18/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa

Permanent Health Education and psychosocial care: the experience of the Projeto Rede Sampa

Christiane Mery Costa¹, Claudia Regina de Moraes Abreu¹, Paulo Amarante¹, Felipe Rangel de Souza Machado¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012726

RESUMO Este artigo relata uma experiência de formação em saúde mental desenvolvida no município de São Paulo entre os anos de 2013 e 2016. Denominado Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, direcionou-se a trabalhadores de diversas categorias profissionais e diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, tendo sido elaborado e executado utilizando estratégias que garantiram a participação dos distintos atores na construção de conteúdos de aprendizagem, a abordagem da singularidade das redes territoriais e o registro do percurso formativo das turmas. A partir da metodologia construcionista social, procurou-se discutir a relevância das interações dialógicas para o fortalecimento do trabalho em rede e a importância do alinhamento com a atenção psicossocial como modelo ético de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Sistemas de apoio psicossocial. Atenção à saúde. Saúde mental.

ABSTRACT This article reports on a training experience in mental health developed in the city of São Paulo between 2013 and 2016. Named Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, it was aimed at workers from different professional categories and different points of the Psychosocial Care Network, having been elaborated and executed using strategies that ensured the participation of the different actors in the construction of learning contents, the approach to the singularity of territorial networks and the registration of the training path of the classes. Based on the social constructionist methodology, we sought to discuss the relevance of dialogical interactions for the strengthening of networking and the importance of alignment with psychosocial care as an ethical model of care.

KEYWORDS Education, continuing. Psychosocial support systems. Health care (public health). Mental health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
chriscosta28@hotmail.com

Introdução

Entre avanços e retrocessos no campo das políticas públicas no Brasil desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), movimentos de trabalhadores, usuários e familiares em torno da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial vêm reafirmando a adoção do modelo de atenção psicossocial, orientado por uma ética emancipatória, centrada no acolhimento à experiência singular da existência dos sujeitos e pautada no investimento em práticas sociais capazes de modificar as concepções acerca da doença e diminuir o preconceito social, transformando territórios de vida em lugares de cuidado.

O estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) pela Portaria nº 3.088/2011¹ institui a diversificação de estratégias de cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, objetivando alcançar a integralidade pela ampliação e articulação de diferentes pontos de atenção. A proposição de estabelecer fluxos assistenciais que envolvam a atenção básica, psicossocial, hospitalar, urgência e emergência, estratégias de residencialidade, desospitalização e inclusão pelas vias do trabalho e cultura requer que os profissionais incluam o paradigma psicossocial no rol de referências reconhecidas e validadas por eles em todos os pontos da rede.

A formação dos trabalhadores em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), deve tomar experiências e vivências como geradoras de aprendizagem significativa. No modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ela pode ser recurso que suscite movimentos dialógicos e estratégias de negociação entre os agentes de saúde com vistas ao estabelecimento de relações solidárias, ao reconhecimento e constituição de parcerias formais e informais nos territórios, à composição das alternâncias no *continuum* do cuidado, à validação dos novos saberes e aprendizagens.

Neste artigo, debruçamo-nos sobre a experiência do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental

Paulistana (PRS) que conjugou os campos da saúde mental com o da formação dos trabalhadores da saúde como uma possibilidade de engajar os trabalhadores da Raps na atenção psicossocial e de fazer frente aos retrocessos que se prenunciam pelo incentivo às políticas de atendimento que resgatam o modelo asilar.

Com base nas premissas da atenção psicossocial e da EPS, no ano de 2013, a prefeitura de São Paulo firmou parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), buscando promover a qualificação dos profissionais da saúde do SUS atuantes na Raps. O PRS evidenciou a possibilidade de construção coletiva do saber, aproximando trabalhadores e facilitando a criação de novas redes de sociabilidade necessárias ao funcionamento da Raps.

Este relato de experiência é fruto de uma pesquisa² que procurou compreender os sentidos da educação permanente para os profissionais de saúde que participaram do projeto. O recorte foi realizado considerando as ações desenvolvidas entre os anos de 2014 e 2016, abrangendo os cursos de curta duração, com carga horária de 60 horas, na modalidade semi-presencial, sendo 32 horas de atividades presenciais e 28 horas de atividades no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). O uso do AVA incluiu a elaboração de narrativas coletivas como trabalho de conclusão de curso, que teve por objetivo apresentar a interface entre o conteúdo discutido e o território de trabalho do ponto de vista dos alunos/trabalhadores.

Trata-se de pesquisa qualitativa, com abordagem hermenêutica e utilização da metodologia construcionista social, que analisou a interação e o compartilhamento de saberes ocorridos nos percursos formativos, discutindo a importância das interações dialógicas para aprimorar a organização da rede de cuidados e a produção de sentido na validação das práticas de trabalho. Foram realizados grupos focais e entrevistas com alunos, docentes e coordenadores que dele participaram. A pesquisa foi autorizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição formadora (CAAE:

91285818.9.0000.5241 – Parecer: 2.804.408) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 91285818.9.3001.0086 – Parecer: 2.858.118).

Delimitando um projeto de formação para o trabalho em rede

Em dezembro de 2012, na transição dos governos municipais, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo celebrou convênio com a SGTES para a realização de oficinas de atualização dos trabalhadores no campo da saúde mental com transferência de recursos financeiros para a execução da municipalidade.

Como, à ocasião, o município não havia estruturado um projeto de EPS para a Raps, optou-se estrategicamente, no sentido de garantir o recebimento dos recursos, por aderir a um projeto do MS em fase de implantação que envolvia basicamente a realização de três oficinas para capacitação dos trabalhadores para o cuidado em saúde mental:

- Saúde Mental da Infância e Adolescência;
- Atenção às Situações de Crise em Saúde Mental;
- Atualização em saúde mental e trabalho em rede: demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

Grande parte das capacitações produzidas pelo MS à ocasião tinham seu planejamento realizado de maneira centralizada, sendo elaboradas por conteudistas a partir de questões pertinentes a todo o território nacional. Os docentes, selecionados regionalmente, recebiam capacitação pedagógica e acesso ao material didático a ser utilizado, formato contraditório aos pressupostos pedagógicos da PNEPS que preveem o uso de metodologia problematizadora como geradora da aprendizagem

significativa, mediando um caminho que deve colocar em análise a prática dos trabalhadores, estimulando a reflexão crítica e a construção de novos conhecimentos.

O grupo condutor do convênio no município compreendia as ações de EPS como recursos estratégicos para a gestão e organização da atenção à saúde, devendo seguir uma lógica ascendente, descentralizada e transdisciplinar, conforme definido por Ceccim e Feuerwerker³. Assim, no ano de 2013, um novo plano de capacitações foi elaborado, com ampliação do escopo do projeto, para cursos de curta duração, aprimoramentos e especializações em saúde mental voltados a profissionais de níveis de escolaridade e formações diversificadas. Avaliações de processo formativo e produção de cadernos temáticos pelos trabalhadores da saúde também foram previstas na proposta denominada Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana (PRS).

Os objetivos do PRS eram a qualificação dos trabalhadores das redes de atenção para o cuidado em saúde mental com foco na manutenção dos vínculos sociais e familiares e na minimização do sofrimento psíquico; a integração e a articulação intersetorial dos diversos serviços no fortalecimento da Raps no município; e a promoção do cuidado em rede na busca da integralidade na atenção à saúde da população a partir da reorganização dos processos de trabalho.

O ponto de partida para a redefinição das ações foi a realização do levantamento das necessidades de capacitação em saúde mental percebidas pelos trabalhadores dos distintos pontos da Raps por meio de instrumental, identificando temas considerados relevantes.

A tarefa de transformar essas necessidades em conteúdo didático-pedagógico passa pela construção dos referenciais teórico-conceituais, elaboração de conteúdos e definição de metodologias de aprendizagem. O foco do PRS no fortalecimento da Raps objetivou transformar a organização territorial em elemento a ser incluído nos debates entre os trabalhadores

em sala de aula, tendo no docente um mediador das discussões. Era importante que o conteúdo, embora presente e norteador, fosse permeável a novas questões emergentes do encontro entre docentes e alunos, permitindo a ressignificação constante das problemáticas e das potencialidades territoriais.

Os temas apontados pelos trabalhadores foram agrupados em quatro áreas temáticas,

e o planejamento dos cursos de curta duração se deu com a constituição de Grupos de Formadores, compostos por coordenadores e docentes de uma mesma área, responsáveis pela elaboração (e reelaboração) das aulas no decorrer do curso (*quadro 1*). Essa estratégia exigiu encontros rotineiros do grupo e impulsionou um importante apoio mútuo para o fortalecimento da docência.

Quadro 1. Principais características do trabalho do grupo de formadores

Características	Coordenador de Área	Docente
Modo de Seleção	Notória especialidade.	Edital de seleção pública.
Experiência necessária	Acadêmica e em coordenação de cursos.	Docência e atuação na Rede de Atenção Psicossocial.
Atribuições	Elaborar ementas de curso a partir da necessidade identificada pelos trabalhadores. Indicar os referenciais teóricos e bibliografia.	Ministrar aulas.
	Participar de Rodas de Conversa Regionais, discutindo questões dos diferentes territórios de trabalho.	–
	Coordenar reuniões de capacitação inicial com docentes, elaborando os planos de aula.	Participar das reuniões com os Coordenadores de Área.
	Desenvolver material para a Plataforma Moodle® e as questões disparadora da produção do texto das Narrativas Coletivas.	Acompanhar e estimular o desenvolvimento das atividades no Ambiente Virtual de Aprendizagem.
	Realizar acompanhamento mensal com os docentes fazendo ajustes no conteúdo a partir de indicações dos docentes.	Apresentar no grupo de formadores as reflexões acerca dos conteúdos trabalhados e sua correlação com a rede territorial local, colaborando nos ajustes da ementa e dos planos de aula.

Segundo Ceccim e Feuerwerker,

[...] os saberes formais devem estar implicados com movimentos de autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas³⁽⁶²⁾.

As diversas estratégias adotadas devem, sob essa perspectiva, partir de uma compreensão de teoria e prática como elementos indissociáveis.

Antecedendo o início de cada um dos cursos, foram realizadas ‘rodas de conversas regionais’ – encontros entre o coordenador de área e os trabalhadores de macrorregiões municipais – com objetivo de apresentar as

principais abordagens propostas para os cursos e acolher dos trabalhadores as particularidades territoriais, principais determinações sociais de saúde, modos de organização dos serviços e da rede. Os tópicos emergentes dessas rodas foram posteriormente incorporados às ementas dos cursos.

Dando início aos cursos propriamente ditos, as turmas de alunos/trabalhadores foram constituídas de modo heterogêneo tanto em relação à escolaridade quanto à formação e inserção nas unidades de trabalho. Dependendo da avaliação regional no que se refere à pertinência de ativação das redes intersetoriais, também foi possibilitada a participação de profissionais externos à saúde, tais como defensores públicos, conselheiros tutelares, profissionais da assistência social e educação, em um exercício de ampliação na problematização da rede de cuidados.

É um curso na área de saúde mental, mas que não era só pra Caps. Permite ferramentas e instrumentos ao trabalhador de qualquer equipamento – da UBS, ou do CER, ou do Caps – ele se apropria disso e pode repensar sua intervenção. Pelo menos pra você refletir o que você faz, e internalizar ao seu estilo aquilo que você tá aprendendo. (Trabalhador 2).

O território de trabalho foi o ponto de convergência do olhar de docentes e alunos/trabalhadores, singularizando o processo formativo de cada turma, sendo facilitador para a caracterização coletiva das vulnerabilidades e principais determinações sociais do sofrimento psíquico, para o reconhecimento dos recursos formais e informais disponíveis na organização do cuidado e apresentação de estratégias e intervenções inovadoras capazes de potencializar o trabalho em rede.

Os cursos foram ofertados em módulos independentes, ou seja, sem se constituírem pré-requisitos sequenciais entre si. Organizá-los em áreas temáticas pretendeu tecer um fio condutor entre eles, produzindo um sentido de continuidade a partir de referenciais teórico-conceituais comuns ao campo psicossocial.

Construindo bases teórico-conceituais para validação da atenção psicossocial

A perspectiva construcionista social, base metodológica da pesquisa que procurou investigar os sentidos da educação permanente no PRS, compreende o conhecimento como resultado de uma construção social, e não como reflexo da apreensão do mundo tal qual ele se apresenta. Segundo Souza⁴, o *status* de real de um dado fenômeno é conferido por critérios de legitimidade assumidos como verdade por uma comunidade.

Enquanto empreendimento interativo, as práticas sociais em uso pelos indivíduos passam de maneira constante por movimentos de significação e de ressignificação que ora as ratificam, ora as retificam. É a ‘produção de sentido’ que valida o conhecimento construído no coletivo a partir de movimentos de desfamiliarização com rituais tomados como óbvios nos grupos sociais. Por meio de jogos de posicionamentos nos grupos, constituem-se os acordos que validam verdades e legitimam o conhecimento⁵.

Validar a atenção psicossocial em toda a Raps implica, portanto, a discussão e o questionamento das práticas asilares em uso pelos profissionais em todos os pontos de atenção e reelaboração de novo tecido de significados para o cuidado. Como afirma Rotelli⁶⁽⁴³⁾:

Devemos partir do pressuposto de que no mundo ainda existem milhões de pessoas dentro dos hospitais psiquiátricos, que existem novas formas de internação através de condicionamentos farmacológicos pesados. Existe um internamento farmacológico quando, através dos remédios, nós reduzimos o corpo de uma pessoa a corpo inerte. Existe um internamento psicológico quando reduzimos a pessoa a sua doença. Contra todas estas formas de internamento temos uma luta infinita ainda a ser feita e a estratégia para combate nesta luta se dá através dos profissionais que devem aprender

os novos saberes, que devem aprofundar-se neste tema da complexidade das relações do corpo social.

Costa-Rosa⁷⁽¹⁴⁴⁾ analisa as concepções das práticas em saúde mental em duas esferas indissociáveis e distintas entre si: a esfera político-ideológica e a teórico-técnica. Para ele, só

é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares.

O autor ressalta ainda que o resgate da dignidade e da cidadania abordado no modelo psicossocial, que tem sido amplamente referenciado pelos movimentos antimanicomiais, insere-se na dimensão político-ideológica. No entanto, é de fundamental importância elucidar o paradigma psicossocial também nos seus aspectos teórico-técnicos, pensando nos modos de respostas construídos para fazer frente às abordagens do que ele nomeou modelo asilar.

Amarante⁸⁽⁶³⁾ salienta que a saúde mental deve ser considerada como um processo social

complexo [que] se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

Essa concepção remete a movimento, transformação, percurso em que se reafirmam paradigmas ou se estruturam rupturas que fazem caminhar a compreensão da loucura enquanto fenômeno e delinear as bases da atenção psicossocial em contraposição ao modelo manicomial. O autor define quatro dimensões inerentes a esse processo: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural.

A ‘dimensão teórico-conceitual’ constitui as bases epistemológicas do desenvolvimento do campo enquanto ciência. Basaglia, citado por Amarante⁸, destaca que a psiquiatria separa o objeto fictício, a doença, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social, sendo ela, a doença, e não o sujeito que a vivencia, o objeto de seu desenvolvimento científico. O campo psicossocial se direciona a colocar ‘a doença entre parênteses’ como uma nova possibilidade de produzir conhecimento a partir da implicação com a experiência do sujeito, o que não significa negar a doença como produtora de sofrimento, e, sim, direcionar o foco epistêmico aos sujeitos e sua trajetória de vida, construída por determinações sociais, históricas, culturais que reafirmem múltiplas possibilidades de ser e de viver⁸.

A ‘dimensão técnico-assistencial’ refere-se aos espaços de produção de cuidado, que devem se voltar a analisar os problemas do cotidiano e intervir neles: relações pessoais, sociais, trabalho, lazer, moradia. Os serviços assistenciais são compreendidos como “dispositivos estratégicos, com o lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais [...] lugares de sociabilidade e produção de subjetividade”⁸⁽⁶⁹⁾.

A ‘dimensão jurídico-política’ se constitui enquanto campo de disputa estratégica na construção de cidadania, sendo impulsionada pelos movimentos sociais no tensionamento de agendas governamentais e na consolidação de marcos legais e mecanismos garantidores dos direitos humanos.

Por fim, a ‘dimensão sociocultural’ tem como horizonte a constituição de um novo projeto de sociedade, uma real possibilidade de transformação social, visto que se fundamenta no envolvimento de toda a sociedade na discussão sobre o paradigma da loucura. A criação de projetos culturais e espaços coletivos de convivência traz grande contribuição para a alteração do lugar social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Segundo Basaglia⁹, a relação da sociedade com esses sujeitos não deve ser fundamentada em sentimentos de

tolerância, mas na evocação de sentidos de reciprocidade e solidariedade.

Com o intuito de abranger todas essas dimensões, os cursos de curta duração do PRS se configuraram em torno de quatro

áreas temáticas, desenvolvendo, no período de análise, nove cursos de curta duração. A *tabela 1* apresenta as áreas, os cursos e o quantitativo de turmas e de trabalhadores participantes.

Tabela 1. Atividades do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana

Área Temática	Cursos	Nº de turmas	Nº de participantes
Atenção à saúde mental da infância e adolescência	Atendimento familiar.	28	822
	Vulnerabilidades e situações de risco psicossocial na infância e adolescência: abordagem e linhas de cuidado integral.	18	252
Atenção à saúde mental do adulto e às situações de crise	Manejo e conceituação ampliada da crise em saúde mental.	20	496
	Psicopatologia, Psicofarmacologia e Medicalização.	18	514
Atenção à saúde dos usuários de Substâncias Psicoativas	Histórico e Epidemiologia do uso de drogas: da visão reducionista da doença à Política de Atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas.	24	652
	A Redução de danos: conceituação, mitos e estratégias de ação no território e com população vulnerável.	19	339
Rede de atenção Psicossocial	O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.	20	547
	Matriciamento.*	25	2.896
	Linhas de cuidado integral e Projeto Terapêutico Singular.*	22	2.435
Total		194	8.953

Fonte: Elaboração própria.

* O número corresponde ao total de profissionais que estiveram presente em cada um dos oito encontros da atividade que se configurou em torno da organização da rede singular de cada território

O paradigma psicossocial permeando o trabalho na Raps: a construção de sentidos no PRS

Os entrevistados da pesquisa referiram que o projeto abrangeu múltiplas dimensões do processo referido por Amarante, partindo da compreensão das determinações sociais, históricas, culturais do sofrimento psíquico e considerando que a produção de cuidado deve permear uma rede de sustentação constituída na intersetorialidade.

A área de ‘Atenção à saúde mental da infância e da adolescência’ discutiu as temáticas

do atendimento familiar e principais vulnerabilidades territoriais nos primeiros ciclos de vida, abordando o sofrimento psíquico a partir das determinações sociais e identificando a interface entre os diversos setores sociais nos quais os usuários se inserem.

É uma dimensão não só individual, do sofrimento psíquico: a ideia de um sofrimento que também tem causas, motivos, nos traumas sociais, na retraumatização, nas experiências de desenraizamento, migração, [...] reconhecer que o sofrimento psíquico é de alta complexidade. Não pode ser lido numa interpretação exclusivamente bioquímica ou moral. (Docente 2).

Na área de ‘Atenção à saúde mental do adulto e as situações de crise’, foram abordados os temas de conceito e manejo da crise, assim como da psicopatologia, psicofarmacologia e medicalização. Verifica-se, nas entrevistas, a compreensão da loucura e do sofrimento psíquico como parte da existência do sujeito e, a partir dela, as múltiplas possibilidades de cuidado que se apresentem como alternativa aos processos de patologização e de medicalização da vida. Relatos de trabalhadores entrevistados apontam que essas abordagens tiveram repercussão nas equipes, mesmo mediante a cultura medicamentosa dos serviços.

É possível cuidar de uma paciente sem medicação? Foi uma temática que gerou bastante problematização, em sala de aula, porque o professor trouxe alguns exemplos de experiências internacionais: acompanhar o usuário num quadro psicótico sem intervenção medicamentosa [...]. Isso também serviu um pouco pra gente na realidade de Caps pensar nos usuários que não aceitam intervenção medicamentosa estão em crise e a gente vai pelo vínculo, no cuidado de uma forma mais ampliada. (Trabalhador 2).

Em ‘Atenção à saúde dos usuários de Substâncias Psicoativas’, foram abordadas as intervenções centradas em aspectos proibicionistas, apresentando a redução de danos como possibilidade de enfoque no cuidado a partir do respeito às escolhas individuais.

Uma coisa que a gente discutiu bastante foi a legalização das drogas. Tinha evidentemente as pessoas que eram a favor e contra ali, mas a gente foi colocando quais seriam as possibilidades se você pudesse ter outro contexto. Então ninguém estava forçando ninguém a mudar de ideia, mas como seria o usuário que poderia chegar ao Caps sem vergonha, ou sem medo porque ele estava usando crack. [...] Outra coisa que a gente discutiu muito foi a droga como um negócio na nossa sociedade, um negócio como outro qualquer, como o capitalista da indústria farmacêutica. (Trabalhador 2).

Os debates promovidos pelos docentes que atuaram na área da ‘Rede de Atenção Psicossocial’ abordaram a dimensão jurídico-política, discorrendo sobre a importância dos movimentos da reforma sanitária na constituição do SUS, a reforma psiquiátrica e o modelo de trabalho da Raps. Na abordagem do ‘Matriciamento’ e ‘Linha de cuidado’, houve mudança na estratégia de trabalho, iniciando um debate sobre a rede no território a partir de suas determinações e potencialidades, conduzindo trabalhadores de diferentes unidades à formação de coletivos. Essa metodologia de trabalho abordou a dimensão sociocultural, apoiando-se em conteúdos estruturados radicalmente sobre a realidade territorial, suas redes formais, informais, ativas e passíveis de serem ativas, tendo como pano de fundo as teorias que sustentam a atenção psicossocial.

O que estava presente como eixo condutor era a construção da rede. Não havia um conteúdo específico... teve uma variação muito maior que dependeu do território [...] a ideia de construção de rede que estava na base da relação com os outros, a relação entre os equipamentos e as formas de cuidado. (Docente 2).

A disseminação dessas discussões acerca das dimensões da atenção psicossocial aos trabalhadores das unidades de saúde de diferentes complexidades, em especial para as equipes da Atenção Básica, permitiu direcionar o olhar para a compreensão das queixas, sofrimentos e dores tão comuns no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Nesse sentido, os processos formativos devem possibilitar não somente a discussão sobre a abordagem individual do cuidado, mas também impulsionar o debate sobre as múltiplas determinações do sofrimento e interrogar a implicação de suas práticas nos modos de produzir saúde pública e coletiva, na reprodução dos processos de patologização e de medicalização da vida e mercantilização da saúde.

Sistematizando o conhecimento em narrativas coletivas

O objetivo de fortalecimento da Raps orientou-se pelo estímulo à constituição de uma rede viva e à produção de conexões que ampliassem, para os trabalhadores dos diferentes serviços, oportunidades de encontros, estabelecimento de compromissos e validação de novas práticas baseadas na atenção psicossocial. Os processos dialógicos foram considerados estratégias geradoras de sentido para o coletivo, visto que possibilitavam a reinterpretação dos fenômenos e a reflexão, convocando sujeitos a um posicionamento e possibilitando a institucionalização e a socialização de novas práticas sociais².

Um dos efeitos positivos do PRS foi colocar em contato direto sujeitos que se relacionariam apenas institucionalmente. Machado, Guizardi e Lemos¹⁰⁽⁶⁾ chamam atenção para o fato de que são as dinâmicas relacionais que constituem “redes de sociabilidades nas quais se ancora, de modo sempre instável e singular, os modos de funcionamento institucional”. Relatos dos entrevistados ressaltaram esse aspecto, mencionando que a criação de novos vínculos permitiu a melhoria na condução do trabalho em rede.

Ali na sala de aula a gente conseguia ver acontecer o que se espera que aconteça fora da sala de aula: a rede se organizar e se potencializar a partir de uma discussão de caso, ou de um conceito que os provocavam a pensar. Neste sentido, as pessoas se conectavam, pessoas que não se conheciam, serviços que não se conheciam [...] essa diversidade sempre foi muito potente no Rede Sampa, e eu acho que isso precisa ser sustentado em todos os cursos: desde a ACS até o médico, dialogando. (Docente 2).

Os espaços de formação constituídos no PRS objetivaram ampliar essas redes de sociabilidade na perspectiva de questionar as formas

de cuidado por meio da construção coletiva do conhecimento, como destaca a entrevistada:

O curso teve essa potência de convocar ao debate, a um posicionamento em relação aos saberes e recuperar o lugar do sujeito que está sendo cuidado... que o profissional pudesse questionar seus referenciais teóricos, ideológicos pra poder ver quem ele está cuidando de outra forma. (Docente 2).

Reconhecer a interação social como espaço de legitimação do conhecimento implica considerar os processos dialógicos como articuladores dos jogos de posicionamentos nos grupos que dão sentido às experiências humanas e sustentam as práticas sociais⁵. A linguagem é aqui compreendida não como sistema de representação de fatos e fenômenos, mas como atividade humana produtora de realidade em si, produtora de verdade.

Desse modo, a elaboração de um texto, nomeado ‘narrativa coletiva’, foi o processo de sistematização do saber comum às turmas dos cursos, possibilitando aos profissionais que participaram do PRS registrar a mediação dialógica entre conteúdos e referenciais desenvolvidos nos cursos, território de trabalho e práticas de cuidado ali desenvolvidas. A abertura desse espaço narrativo possibilita a reconstrução das experiências de forma reflexiva, a compreensão do seu fazer, de seu estar no mundo, teorizando a própria experiência¹¹.

Constituídos na modalidade semipresencial, os cursos de curta duração do PRS tiveram nas aulas presenciais o ambiente de encontro e constituição de dialogicidade. O AVA se estabeleceu como recurso com baixa exigência de tarefas, sendo encarado como repositório virtual de vídeos, slides, filmes, artigos, links, artigos, referências bibliográficas, enfim, todo material didático-pedagógico. Também no AVA, foram elaboradas as ‘narrativas coletivas’.

A ferramenta Wiki, disponível na Plataforma Moodle®, é voltada à construção de trabalhos colaborativos. A partir de questões abordadas na aula presencial, perguntas disparadoras foram colocadas na plataforma para que os

participantes escrevessem suas reflexões pessoais, tendo em vista uma aproximação entre o conteúdo da aula e a vivência do trabalho. Construídos no decorrer do curso, esses registros possibilitaram a elaboração final de uma Narrativa alusiva à caracterização das principais vulnerabilidades territoriais, recursos disponíveis, reconhecimento de parceiros formais e informais na efetivação do cuidado, apresentação de intervenções construídas pelos trabalhadores e pelas comunidades, conferindo contorno e materialidade ao conhecimento comum àquele grupo.

Indo além da execução da tarefa proposta de registro do trabalho, pudemos observar que as Narrativas se constituíram como espaço ampliado de ensino-aprendizagem, visto que adentraram o espaço da sala de aula e revelaram-se ferramenta do trabalho do docente, produzindo reflexão sobre a práxis instituída e possibilitando novos modos de pensar o cuidado¹².

Conclusões

O PRS foi elaborado a partir de uma diversidade de ações, reunindo grupos heterogêneos de trabalhadores de diferentes níveis de atenção; e, a partir das diretrizes estabelecidas pela PNEPS, desenvolveu ações em abordagens transdisciplinares, embasadas nas necessidades de aprendizagem identificadas pelos trabalhadores no seu fazer cotidiano.

Do ponto de vista pedagógico, a elaboração das aulas realizada de forma aberta e processual produziu movimentos de coautoria entre coordenadores e docentes, facilitou a permeabilidade do currículo às práticas dos profissionais e às singularidades das redes territoriais e estabeleceu espaços de acolhimento, escuta e troca para o grupo de formadores.

O campo da saúde mental, pela característica de questionamento acerca da normatividade social constituinte dos paradigmas psicossocial ou asilar, envolve debates que apresentam, por um lado, possibilidades de acolhimento a modos plurais de viver, direito à

liberdade, ampliação da contratualidade social e, por outro, a institucionalização, a segregação ou o isolamento social e a invalidação de produções subjetivas. As discussões acerca dos paradigmas do cuidado em saúde mental nem sempre estão presentes nas trajetórias dos trabalhadores da atenção básica, das unidades hospitalares ou das especialidades, o que aponta para a necessidade de discutir o modelo de atenção que embasa as práticas de trabalho nesses serviços. Questões como o uso de substâncias psicoativas, medicalização e patologização da vida carregam uma grande carga de estigmas e de preconceitos, mesmo entre profissionais da saúde.

Assim, do ponto de vista de fortalecimento da atenção psicossocial pelos diversos pontos de atenção da rede, as ações desenvolvidas possibilitaram aos trabalhadores o reconhecimento dos parceiros do território de trabalho, a apresentação das problemáticas comuns, a elaboração de encaminhamentos conjuntos e de novas estratégias alinhadas ao modelo psicossocial considerando, para além de determinantes biológicos, a abordagem das determinações sociais, econômicas, culturais, afetivas do sofrimento psíquico.

Materializando a importância conferida aos saberes construídos no cotidiano dos territórios, as narrativas coletivas fizeram a interface teoria/prática, configurando-se como uma possibilidade de extensão do espaço das salas aulas, bem como apresentando cuidado, respeito e valorização dos saberes construídos no cotidiano pelos profissionais da rede.

A formação dos trabalhadores em processos de EPS com enfoque nas necessidades das equipes de saúde pode ser diversificada e favorecer a articulação dos diferentes pontos de atenção a partir de metodologias de ensino que considerem a heterogeneidade profissional, a natureza diversa dos serviços e as singularidades territoriais. Esses processos formativos permitem que os grupos possam compreender fenômenos, conferir sentido às experiências, constituir referenciais comuns e validar o conhecimento produzido no coletivo

em espaços de mobilização, compartilhamento de saberes e estabelecimento de novas práticas sociais.

Colaboradores

Autores tiveram tarefas distintas: Costa CM (0000-0001-8105-995X)* contribuiu para a

concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Abreu CRM (0000-0003-0654-663X)* contribuiu para a aprovação da versão final do manuscrito. Amarante P (0000-0001-6778-2834)* e Machado FRS (0000-0002-5028-8888)* contribuíram para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [internet]. 24 Dez 2011 [acesso em 2021 jan 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/prt/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
2. Costa CM. Os sentidos da educação permanente em saúde para o trabalho em rede: análise de uma experiência na Rede Psicossocial do município de São Paulo [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 100 p.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
4. Souza L. Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: Guanaes C, Moscheta M, Corradi-Webster C, et al., organizadores. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2014. p. 49-7.
5. Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2013.
6. Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB, organizadores. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 37-50.
7. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
8. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 62-81.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Basaglia F. Saúde/doença. In: Amarante P, Cruz LB, organizadores. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 17-36.
10. Machado FRS, Guizardi FL, Lemos ASP. A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde. *Trab. educ. saúde*. 2019; 17(3):1-26.
11. Cunha MI. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev. Fac. Educ.* 1997; 23(1-2):185-195.
12. Abreu CRGM. A narrativa como estratégia de formação na educação em saúde [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 110 p.

Recebido em 13/11/2019

Aprovado em 18/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Maria Bandeira de Carvalho (inglês/*english*)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (inglês/*english*)

Paula Santos Diniz (inglês/*english*)

Simone Basilio (português/*portuguese*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2020.

v. 44. n. 127; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br